

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR UNE MÉTHODE PERSONNELLE,
RELATIVEMENT SIMPLE,
D'HYPOPHYSECTOMIE PAR LES VOIES NATURELLES.

Par le Pr CITELLI,

Chargé de l'oto-rhino-laryngologie à l'Université royale de Catane.

Nos connaissances sur la physio-pathologie du système hypophysaire, enveloppées tout d'abord à peu près dans le mystère, ont fait des progrès notables, grâce surtout aux études cliniques et anatomiques faites directement sur l'homme. En effet, les nombreuses recherches expérimentales (recherches qui continueront et se multiplieront longtemps encore) faites sur les animaux ont relativement peu contribué à la solution de ce problème difficile et important, pour plusieurs raisons : d'abord les résultats obtenus par les nombreux auteurs qui ont étudié les effets de l'extirpation de l'hypophyse sont très discordants ; ensuite il n'est pas facile de distinguer, parmi les troubles consécutifs à cette grave opération, ce qui est dû à l'absence de l'hypophyse de ce qui résulte de la gravité de l'acte opératoire et des complications endocraniennes post-opératoires éventuelles ; enfin et surtout la découverte, faite dans ces dernières années, de l'*hypophyse pharyngée* (Civalleri, Haberfeld, Citelli) et du *lobule prémamillaire* (Staderini) venant s'ajouter à la notion précédemment acquise du prolongement pédonculaire antérieur de l'hypophyse, nous montre que tous les auteurs ayant fait ces recherches expérimentales n'ont pas réalisé, comme ils le croyaient (et ils ne pouvaient le faire) l'extirpation totale de tout le tissu hypophysaire.

Les études sur l'homme, au contraire, ont fourni à la science

des notions très importantes, bien qu'encore peu nombreuses, sur cette question ; et c'est bien moins à la pathologie qu'à la chirurgie opératoire, comme ce fut le cas pour le problème thyroïdien, que sont dus les progrès les plus sérieux sur ce sujet. Certes le très important travail de Pierre Marie (1886), dans lequel cet auteur crut pouvoir attribuer à des altérations de l'hypophyse une nouvelle maladie décrite par lui, l'*acromégalie* (pathogénie qui, bien que encore très discutée, doit toutefois avoir sa part de vérité) projeta un rayon de lumière dans le champ jusqu'alors presque tout à fait obscur de la physiopathologie de l'hypophyse. A cette découverte de Marie, (1) s'ajouta, de longues années plus tard, toujours dans le domaine de la pathologie, la découverte relativement récente (1901) de Fröhlich (2) : cet auteur montra qu'il peut exister des cas de tumeurs de l'hypophyse où il n'y a pas d'acromégalie, mais au contraire un abondant développement du tissu adipeux et d'autres troubles trophiques, surtout dans le système génital et pileux. Les rapports de cette nouvelle forme morbide avec les altérations de l'hypophyse ont été, comme pour l'acromégalie, confirmés dans plusieurs cas cliniques par des résultats opératoires et aussi par de récentes expériences sur les animaux (3).

Outre la connaissance de ces deux formes morbides (dues, au moins dans quelques cas, à des lésions surtout néoplasiques de l'hypophyse), l'anatomie pathologique et la clinique nous ont appris d'une part [surtout par les recherches d'Erdheim (4 et 4 bis)] que les tumeurs de l'hypophyse ne sont pas aussi rares qu'on le croyait ; d'autre part, que souvent les tumeurs hypophysaires ne donnent pas lieu aux maladies susdites, mais seulement à des symptômes de compression sous forme de céphalée intense et persistante et principalement de troubles visuels caractéristiques et progressifs (hémianopsie bitemporale et névrite optique.) Enfin le diagnostic de ces lésions hypophysaires s'est enrichi [à la suite des travaux d'Oppenheimer (5), Fuchs (6), Schüller (7) et Erdheim (*loc. cit.*)] d'un nouveau procédé très précieux, la radiographie, avec lequel on peut établir, avec une clarté souvent très grande, s'il y a ou s'il n'y a pas de modifica-

tion dans les dimensions de la selle turcique : fait objectif d'une importance évidemment capitale pour le diagnostic des tumeurs hypophysaires.

Toutefois, comme je l'ai dit, c'est aux résultats des interventions opératoires sur l'homme que nous devons les progrès les plus sensibles sur la physio-pathologie de l'hypophyse. En effet, depuis qu'aux méthodes endocraniennes d'hypophysectomie (peu rationnelles, au moins dans la majorité des cas) se sont substituées les méthodes extracraniennes transphénoïdales, le nombre des cas cliniques opérés d'hypophysectomie a augmenté rapidement, et les résultats au point de vue de la pathologie ont été très importants. Il est de la plus grande importance de chercher à simplifier de plus en plus les procédés opératoires d'accès à l'hypophyse, non seulement pour les malades (parce que les résultats opératoires seront toujours meilleurs), mais aussi au point de vue de l'éclaircissement du problème hypophysaire. En effet plus simple (moins dange-reuse, c'est-à-dire et, moins destructive) sera l'intervention, plus facilement elle sera acceptée par le malade. Le nombre des cas opérés s'augmentant ainsi (surtout grâce aux progrès réalisés par le diagnostic), nos connaissances sur la physio-pathologie de l'hypophyse s'amélioreront certainement beaucoup. Il est vrai qu'il serait important, comme le pense Hochenegg (8), de pouvoir diagnostiquer avant l'opération non seulement l'existence d'une tumeur hypophysaire, comme nous le faisons maintenant, mais aussi son volume, sa nature, le sens dans lequel elle tend à se développer, pour établir exactement le degré d'opérabilité de cette tumeur. Cependant, contrairement à ce que dit Hochenegg, il est aussi, à mon avis, très important de chercher des méthodes opératoires nouvelles qui, en simplifiant de plus en plus la technique, diminuent la gravité de l'intervention. Bien que, en effet, la méthode transphénoïdale de Schloffer, plus ou moins modifiée, ait donné de bons résultats, cependant ceux-ci restent de beaucoup inférieurs aux splendides résultats que nous commençons à avoir avec les méthodes rhinologiques. Aussi peut-on affirmer avec certitude que la découverte et l'usage de ces méthodes, beaucoup plus simples que les autres, constituent un

progrès notable vers la solution de cet ardu problème, progrès qui deviendra plus évident à mesure que ces méthodes seront mieux connues et mieux employées.

MÉTHODES OPÉRATOIRES. — Je ne décrirai pas les nombreuses méthodes opératoires imaginées et employées sur les animaux, sur les cadavres, ou sur l'homme vivant, par divers auteurs, d'autant plus que ces méthodes sont décrites ou signalées dans les travaux de Schloffer, de Stumme (9), de Proust (10), de Ernest Venus (11). Je dirai seulement que les méthodes intracraniennes d'hypophysectomie (c'est-à-dire les méthodes de Krause et de Killian à travers la fosse crânienne antérieure et celles de Coselli, Horsley, Dalgran à travers la fosse crânienne moyenne) sont presque tout à fait abandonnées et ne pourraient servir que pour les tumeurs hypophysaires très étendues vers la base de l'encéphale (mais, à part la difficulté de diagnostiquer ces cas, ils devraient être presque toujours considérés comme inopérables aussi bien en raison de la nature et de l'étendue des lésions que de l'extrême gravité de l'intervention). Au contraire, les méthodes extracrâniennes transphénoïdales, sont plus rationnelles; parmi elles, celles qui empruntent la voie palatine ou bucco-nasale (méthode de Köning Junior) sont peu suivies, bien que l'illustre P^r Durante ait opéré récemment par cette voie un cas clinique, avec un bon résultat opératoire, mais non thérapeutique, puisque le patient est mort (je n'ai pu avoir d'autres indications sur ce cas). Elles pourraient tout au plus être indiquées, comme le dit Kocher, quand il y a intérêt à avoir une voie d'accès plus large que la voie nasale. Au contraire, les méthodes qui ont donné les meilleurs résultats et qui sont désormais suivies par tous les opérateurs sont les méthodes transphénoïdales nasales (c'est-à-dire pratiquées à travers les fosses nasales). C'est de celles-ci auxquelles appartient ma méthode, que je donnerai la description détaillée.

Je crois nécessaire avant tout de diviser ces méthodes nasales en : méthodes pratiquées par des voies artificielles ou *méthodes chirurgicales* (parce qu'elles sont d'ordinaire employées par des chirurgiens généraux) et méthodes pratiquées par les voies naturelles ou *méthodes rhinologiques* (parce

qu'elles ont été jusqu'ici imaginées et employées par des rhinologistes).

MÉTHODES CHIRURGICALES OU PAR VOIES ARTIFICIELLES. — Je commencerai, moi aussi, par rappeler que c'est à Schloffer que revient le mérite d'avoir (après les tentatives peu encourageantes de Horsley et de Mac Arthur, faites un peu avant lui sur l'homme par la voie endocranienne) indiqué le premier et suivi la voie la plus rationnelle pour faire véritablement entrer dans la pratique la chirurgie de l'hypophyse (1). En effet, il publia en 1906 un très important travail (12) dans lequel, après s'être étendu sur la physio-pathologie de l'hypophyse, il discute les méthodes d'hypophysectomie proposées jusqu'alors et termine en exprimant la conviction que l'on doit, pour beaucoup de raisons, préférer les méthodes extracraniennes. Un an plus tard, ayant eu l'occasion d'opérer un malade d'hypophysectomie, il se servit de la voie transsphénoïdale nasale et réussit à enlever avec un résultat satisfaisant une partie de la tumeur hypophysaire (13). La méthode de Schloffer, consistait à rabattre à droite tout le nez externe, à enlever la cloison, les cornets et le labyrinthe ethmoïdal des deux côtés, à enlever la paroi interne de l'orbite gauche (presque jusqu'au trou optique), la paroi interne du sinus maxillaire gauche et d'une partie de l'apophyse montante du maxillaire supérieur du même côté et enfin à ouvrir les sinus sphénoïdaux et la selle turcique.

Ainsi l'impulsion d'où devait sortir bientôt l'effet désiré était donnée. Recueillie peu après et développée par les deux illustres directeurs actuels des cliniques chirurgicales de Vienne, Eiselsberg et Hochenegg, elle fit entrer définitivement, en trois ans à peine, l'hypophysectomie dans le domaine de la pratique. En effet, quelques mois après Schloffer (dans la même année 1907), Eiselsberg opéra 3 malades : 2 avec un bon résultat opératoire et thérapeutique, avec résultat défavorable (depuis il en a opéré ou fait opérer dans sa clinique 5 autres cas, dont 3 avec le meilleur résultat). Hochenegg,

(1) En disant seulement hypophyse, j'entends parler de l'hypophyse principale ou centrale.

en février 1908, opéra pour la première fois, à peu près par la méthode de Giordano, une acromégalie : le résultat fut parfait non seulement au point de vue opératoire, mais aussi à celui des altérations dues à l'acromégalie (ultérieurement il a opéré 4 autres cas dont 2 suivis de mort et 2 avec un résultat opératoire et thérapeutique satisfaisant).

Des premiers cas opérés par ces auteurs et du cas de Schloffer, il résultait : 1° que la voie transsphénoïdale nasale, indiquée par Schloffer, était pratique, puisqu'elle donnait de bons résultats; 2° que le danger de méningite, quand on ouvre le crâne par le nez, était minime; 3° que l'extirpation partielle de l'hypophyse altérée ou envahie par une tumeur, loin de donner lieu à de graves troubles généraux ou locaux, améliorait au contraire partie ou totalité des troubles provoqués par la lésion hypophysaire.

EISELSBERG suivit essentiellement dans ses cas la méthode de Schloffer modifiée (14). En effet, il n'enleva pas à gauche, comme Schloffer, la paroi interne de l'orbite et du sinus maxillaire et la branche montante de cet os; mais le nez étant récliné sur l'une des joues et la paroi antérieure des sinus frontaux étant enlevée (et non rabattue), il enleva seulement la cloison du nez et des sinus frontaux, les cornets moyens et supérieurs, y compris l'ethmoïde.

HOCHENEGG (V. Stumme) et plus récemment Cushing (15) ont suivi une méthode identique à celle d'Eiselsberg; cependant le premier, au lieu d'enlever la paroi antérieure des sinus frontaux, rabattit en haut le lambeau formé par cette paroi, et le second, suivant précisément la méthode de Giordano, rabattit en bas l'unique lambeau constitué par la paroi antérieure des sinus frontaux et par les os du nez. Avec ces méthodes, c'est-à-dire en travaillant à travers la partie supérieure des fosses nasales et à travers les sinus frontaux, on agrandit suffisamment, dans la plupart des cas, le champ opératoire, et l'on rend plus commodes et plus faciles les interventions ultérieures sur les sinus sphénoïdaux et la selle turque; en outre, par ces procédés, on épargne la paroi interne gauche de l'orbite et du sinus maxillaire, ainsi que la branche montante de cet os, parties qui sont sacrifiées dans le procédé de Schloffer.

Dans un cas d'acromégalie avec troubles visuels opéré par lui, KOCHER employa une méthode différente de celle de Giordano, d'Eiselsberg et de Hochenegg. En effet, après avoir rabattu le nez osseux moitié d'un côté, moitié de l'autre, il ne réséqua pas la cloison nasale, mais il sépara des deux côtés le revêtement muqueux ; puis, après avoir réséqué le squelette de la cloison, il introduisit entre les deux lames de la muqueuse un fort spéculum nasal, construit sur ses indications. Ouvrant alors les deux branches du spéculum, il refoula par compression de chaque côté les masses latérales de l'ethmoïde avec les deux cornets moyens, de façon à bien voir le corps du sphénoïde : il ouvrit enfin le sphénoïde et la selle turcique par une brèche suffisante pour enlever une bonne partie de la tumeur. L'opération réussit très bien, et les troubles pathologiques commençaient déjà à s'améliorer quand, au bout de quatre semaines, sous l'influence d'une augmentation rapide de pression encéphalique, la malade mourut rapidement (il s'agissait du reste d'un sarcome à cellules rondes qui avait déjà envahi le sinus caverneux gauche).

KOCHER pense que l'ouverture des sinus frontaux est une complication opératoire à éviter, parce qu'en fait elle ne donne pas beaucoup de jour. Il ajoute que, lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes dans lesquelles on cherche à enlever tout le néoplasme, on peut choisir, pour avoir plus d'espace, la voie bucconasale ; au contraire, en cas de kyste, d'adénome ou d'hyperplasie glandulaire, où il suffira d'enlever une partie de la néoplasie, la voie nasale sera suffisante.

Je rappellerai enfin, parmi les *méthodes nasales chirurgicales* celles des Américains Kanavel (17) et Halsteads (18). Le premier, après avoir relevé le nez extérieur en haut par une incision en U, enlève seulement le septum nasal, de façon à arriver aux sinus sphénoïdaux, qu'il ouvre ; puis il pénètre dans la selle turcique.

Le second, au lieu de relever en haut le nez extérieur, commence par faire une incision dans le sillon gingivo-labial supérieur, rabat en haut le masque du visage et enlève le septum par la voie buccale. Ces deux méthodes, employées en Amérique avec un résultat satisfaisant dans plusieurs cas cliniques,

sont certainement plus simples que les précédentes; mais on doit, avec elles, enlever toute la cloison; souvent on pratique la trachéotomie préventive, et de plus l'espace à travers lequel on dut travailler est plus étroit. Ajoutons qu'avec la première méthode il reste une déformation due à l'incision faite autour du nez extérieur.

MÉTHODES RHINOLOGIQUES OU PAR LES VOIES NATURELLES. — A côté des précédentes méthodes par voies artificielles, sont nées depuis quelques années, par les soins des rhinologistes, des méthodes beaucoup plus simples pratiquées par les voies naturelles.

En effet, le rhinologiste HIRSCH, qui vit à Vienne, la ville où, nous pouvons le dire, le problème hypophysaire a reçu, aussi bien au point de vue anatomique et pathologique qu'au point de vue clinique et opératoire, la plus vive impulsion, ayant noté que, avec les vastes interventions des chirurgiens viennois Schloffer, Eiselsberg et Hoehenegg on ne pouvait enlever qu'une partie de la tumeur hypophysaire, que même en rabattant le nez externe ces chirurgiens n'étaient parvenus que très difficilement à s'orienter pour ouvrir la selle, qu'enfin ces méthodes entraînaient une grave mutilation consécutive, pensa à enlever partiellement les tumeurs hypophysaires en ouvrant par la voie endonasale les sinus sphénoïdaux selon la méthode de Hajeck. Il employa ce procédé sur un cadavre avec un bon résultat et le décrivit en 1909 (19).

Cette première méthode de Hirsch, que cet auteur a aujourd'hui abandonnée, et qui a cependant le mérite d'avoir été la première méthode d'hypophysectomie imaginée et employée par la voie endonasale, consistait à enlever dans une première séance le cornet moyen, dans une seconde presque toutes les cellules ethmoïdales, jusqu'à ce que le corps du sphénoïde fût visible; dans la troisième séance, on devait ouvrir le sinus sphénoïdal correspondant; dans la quatrième enfin, la selle turcique, pour extraire une partie de la tumeur hypophysaire. Bien que dans une séance de la Société médicale de Vienne, où il proposa d'attaquer les tumeurs hypophysaires par la voie nasale, selon sa méthode

il ait été tout autre que encouragé par le rhinologiste Hajek et par le chirurgien Ranzi (20), l'auteur, après avoir convaincu de l'excellence de sa cause le Pr Wagner (d'autant plus que à cette époque on eut à déplorer à Vienne quelques cas de morts chez des individus opérés selon les méthodes de Schloffer-Eiselsberg), se vit confier par celui-ci un cas clinique qu'il opéra précisément par son procédé. Le résultat opératoire et thérapeutique fut excellent; l'opération fut faite entièrement sous l'anesthésie locale; mais, en raison des multiples séances nécessaires, elle exigea six semaines pour être achevée.

Il est vrai, comme le dit l'auteur, que ce temps aurait pu être réduit à deux ou trois semaines; néanmoins, c'était tout de même une méthode très longue, puisqu'elle ne pouvait être exécutée en moins de trois séances. En outre, cette méthode présentait deux inconvénients, savoir: l'étroitesse du trajet à travers lequel on devrait atteindre l'hypophyse (soit en avant en raison de la présence du cornet inférieur, soit en arrière où l'on n'ouvrait qu'un seul des sinus sphénoïdaux) et surtout la nécessité d'ouvrir la selle turcique latéralement, condition exposant beaucoup à la lésion du sinus caverneux et de la carotide interne, et ne permettant pas l'ouverture large du fond de la selle pour extraire convenablement la tumeur. Ces objections, en même temps que d'autres, peu justifiées pour moi, furent d'ailleurs faites à Hirsch lorsque, dans la séance du 10 mars 1910 de la Société allemande de chirurgie, il communiqua le cas clinique opéré par lui et la méthode employée.

Depuis cette époque, Hirsch, de plus en plus convaincu que l'on pouvait très bien faire l'hypophysectomie partielle par les voies naturelles (comme il le dit lui-même dans un beau travail publié en novembre 1910) (21), a cherché à perfectionner sa méthode. Un peu avant cette date, cependant, le rhinologiste West (de Baltimore), ayant assisté à un hypophysectomie faite par le chirurgien Cushing, pensa également que l'on pouvait fort bien faire l'hypophysectomie à l'aide d'une méthode beaucoup plus simple par les voies naturelles. Au même moment, bien que je n'eusse jamais vu

un cas d'hypophysectomie, comme je m'occupais avec un vif intérêt du problème hypophysaire à propos de l'hypophyse pharyngée, j'eus la même idée et, connaissant seulement (comme méthode rhinologique) la première méthode de Hirsch, à laquelle je reconnaissais les inconvénients exposés ci-dessus, j'imaginai mon procédé, que je pratiquai d'abord sur le cadavre en janvier 1910. Presque à la même époque, Hirsch, de son côté, imagina et pratiqua d'abord sur le cadavre, puis sur le vivant, sa deuxième méthode.

Aussi, presque en même temps, à l'insu les uns des autres, trois rhinologistes : Hirsch (de Vienne), l'Américain West et moi même, fermement convaincus que nous, rhinologistes, nous pouvions fort bien faire l'hypophysectomie par les voies naturelles et avec de meilleurs résultats qu'avec les méthodes agressives des chirurgiens, nous insistâmes sur cette conception et publiâmes trois procédés, qui tous trois, (le mien, celui de West et le second de Hirsch) se ressemblent par l'idée identique et capitale d'ouvrir les deux sinus sphénoïdaux à travers le septum nasal. De cette façon, en effet, on devait pouvoir mettre à nu la selle turcique suffisamment et sur la ligne médiane. Toutefois, les trois méthodes, analogues par leur conception identique susdite, se différenciaient assez par leurs autres caractères : c'est pour faire constater ces différences et pouvoir signaler les avantages de chacune d'elles qu'avant de décrire ma méthode je parlerai avec un certain détail de la méthode de West et de la seconde méthode de Hirsch. Pour l'exactitude des faits, cependant, je dirai que je connus la deuxième méthode de Hirsch quand parut son travail complet mentionné plus haut (c'est-à-dire en novembre 1910) et que le travail de West (22) fut publié quelques jours avant que j'expédiasse pour la publication la note présentée sur ma méthode. Je disais que nous pouvions considérer ces trois méthodes comme presque contemporaines puisque, dans une note de son étude (p. 174, *loc. cit.*) Hirsch nous fait savoir qu'il parla de sa deuxième méthode dans une note publiée (mais il ne disait où) le 26 mars 1910, circonstances non connues, je le répète, ni de moi ni de West; ce fut pour cela que ni West ni moi, dans ma note primitive, pûmes signaler le deuxième procédé de Hirsch.

Méthode de West. — La méthode que West propose et qu'il a mise en pratique sur 11 cadavres consiste : 1° dans l'extraction des cornets moyens et inférieurs du côté opéré, de façon à rendre bien visible la paroi antérieure du sinus sphénoïdal (paroi qui est enlevée); 2° dans l'ablation, de l'autre côté éga-

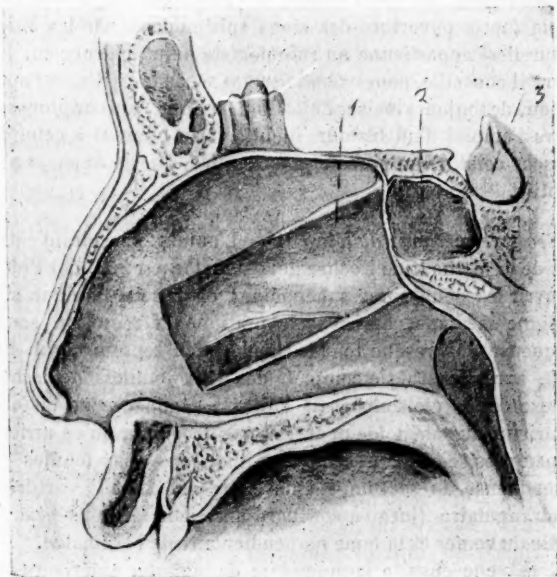


Fig 1. — Reproduction de la figure 1 de West où l'on constate la longue fenêtre que l'auteur pratique sur la cloison nasale.

1, Fenêtre ouverte par West sur le septum; 2, sinus sphénoïdal; hypophyse avec la selle turcique.

lement, des cornets moyen et inférieur et de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal; 3° dans la création d'une longue fenêtre rectangulaire dans le septum nasal, fenêtre qui, dirigée obliquement d'arrière en avant et de haut en bas, s'étend de la paroi antéro-inférieure du corps du sphénoïde en arrière presque jusqu'à la sous-cloison en avant (Voir fig.1); 4° dans l'ablation de la cloison séparant les deux sinus sphénoïdaux; 5° dans

l'ouverture sur la ligne médiane du fond de la selle turcique et (à travers cet trou) dans l'ablation de la tumeur hypophysaire.

Le curieux, c'est que l'auteur, tout en insistant sur la conception de Hirsch et la mienne que le rhinologiste peut et doit faire l'hypophysectomie avec de meilleurs résultats que le chirurgien, dit qu'il ne sait si l'ouverture de la selle turcique (après ouverture des sinus sphénoïdaux par les voies naturelles) appartienne au rhinologiste ou au chirurgien. En outre il conseille, pour exécuter cette seconde partie de l'opération, de toujours inciser l'aile du nez. Enfin l'auteur propose, outre l'emploi d'un bistouri identique au mien et à celui de Hirsch, celui d'une pince et d'une sonde, que je ne crois pas si utile.

Seconde méthode de Hirsch. — L'auteur, s'inspirant cette fois de la méthode de Kocher déjà signalée par moi, eut l'idée d'ouvrir les deux sinus sphénoïdaux et la selle turcique sur la ligne médiane, après avoir pratiqué la résection sous-muqueuse de presque tout le squelette du septum nasal. En effet, après anesthésie complète des deux feuillets de la muqueuse de la cloison nasale et de la muqueuse de la face antérieure du sphénoïde et après avoir décollé jusqu'en arrière (à peu près selon le procédé de Killian) les deux feuilles de la muqueuse du septum, il enlève presque tout le cartilage quadrangulaire (jusqu'à son bord antérieur), la plus grande partie du vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Il détache ensuite la muqueuse de la paroi antérieure du sphénoïde, de façon à voir des deux côtés l'ostium sphénoïdal. Puis, à travers la cavité médiane obtenue par l'écartement à l'aide d'un spéculum des deux lames de la muqueuse de la cloison nasale, l'auteur enlève avec un ostéotome approprié la partie la plus postérieure du vomer (y compris le septum des choanes) et le bec du sphénoïde. On ouvre ensuite avec un ciseau les deux sinus sphénoïdaux sur la ligne médiane ; on enlève leur cloison de séparation, et l'on ouvre enfin la selle turcique.

HIRSCH a opéré avec sa seconde méthode trois cas cliniques avec de bons résultats opératoires et thérapeutiques; cependant

il a dû presque toujours enlever les deux cornets moyens. En outre, dans le dernier cas, en raison d'une déviation du septum nasal à gauche (craignant de ne pouvoir de ce fait anesthésier la moitié postérieure de cette fosse nasale), il fit dans une première séance, après exérèse du cornet moyen, l'ouverture du sinus sphénoïdal droit, et, dans une seconde séance, il appliqua, à travers la fosse nasale gauche, sa seconde méthode sans modifications.

Méthode de Citelli. — Occupons-nous maintenant de ma méthode.

Vers la fin de l'année 1909, réfléchissant à l'hypophysectomie nasale pratiquée par les chirurgiens par des voies artificielles, j'acquis la conviction que nous autres, rhinologistes, puisque nous ouvrons avec une certaine facilité par les voies naturelles les sinus sphénoïdaux atteints de suppuration, nous pourrions fort bien, par les mêmes voies naturelles, ouvrir, après les sinus sphénoïdaux, la selle turcique et atteindre ainsi l'hypophyse. D'autre part, connaissant la première méthode de Hirsch et me trouvant parfaitement d'accord avec son idée de faire l'hypophysectomie par voie endonasale (sauf que l'exécution en trois ou quatre temps me semblait trop longue), je me persuadai qu'en ouvrant un seul sinus sphénoïdal, l'ouverture de la selle turcique serait très petite et que l'on s'exposerait en s'approchant des parois latérales de la selle, à léser plus facilement le sinus caverneux et la carotide. Je considère donc comme une condition très importante de travailler sur la ligne médiane et d'ouvrir la selle en ce point, après avoir ouvert, à travers une petite brèche du septum nasal, les deux sinus sphénoïdaux et enlevé leur cloison de séparation. En janvier 1910, je commençai à pratiquer ma méthode sur des cadavres, et, jusqu'en avril de la même année, j'avais déjà pratiqué l'opération sur 7 cadavres avec un très bon résultat. Ce fut quelques semaines après que, à peine ais-je pris connaissance de la publication de la méthode de West basée sur le même principe, je publiai en effet ma note préliminaire (23). Depuis lors, j'ai opéré 17 autres cadavres (soit 22 en tout) et presque toujours avec

d'excellents résultats, si bien que, dès qu'il se présentera un cas clinique, je l'opérerai par ma méthode avec une entière confiance dans le résultat, au moins au point de vue opératoire.

Comme je l'ai indiqué dans ma note préliminaire, le sujet étant couché ou assis, j'opère par la plus large des fosses nasales, mais de préférence par la gauche. Je ne détache pas, comme fait West, la narine, parce que cela produirait une mutilation et une complication, qui peuvent très bien être épargnées. J'enlève dans une première séance le tiers ou la moitié antérieure du cornet inférieur du même côté, le cornet moyen et les cellules ethmoïdales inférieures, de façon à bien voir presque toute la paroi antérieure du sinus sphénoïdal correspondant et la partie antérieure de la paroi inférieure. Pour le cornet moyen et les cellules ethmoïdales, j'emploie soit la pince nasale de Heimann, mais avec les mors et l'extrémité effilés et avec le corps long de 10 centimètres (fig. 2 *a*), soit le ciseau large qui me sert pour ouvrir les sinus sphénoïdaux et la selle (fig. 2, *b*). Même en se servant du ciseau, qui, dans le cas présent, est mû à la main de haut en bas et d'avant en arrière, il n'y a pas de danger d'effondrer la lame criblée, car la résistance de celle-ci à la pression des ciseaux est assez notable comme j'ai pu le constater sur des cadavres, surtout par rapport à la très minime résistance offerte par les cellules ethmoïdales.

Ensuite, et toujours dans la même séance, avec mon bistouri aigu pour opérations endonasales (n° 6826 du catalogue Pfau), monté sur le manche de Hajek (de façon à pouvoir diriger le tranchant dans toutes les directions), je perfore aisément le septum nasal au niveau de la partie postérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. A travers cette brèche, j'enlève, à l'aide d'une pince ostéotome pour la résection sous-muqueuse de la cloison (j'ai employé le petit modèle de Freer), l'extrémité postérieure de la lame perpendiculaire, le bec du sphénoïde et l'angle supérieur du vomer avec la partie voisine de son côté supérieur (fig. 3). Je pratique ainsi dans la cloison nasale une brèche longue de plus de 1 centimètre carré, c'est-à-dire de dimension suffisante pour attaquer

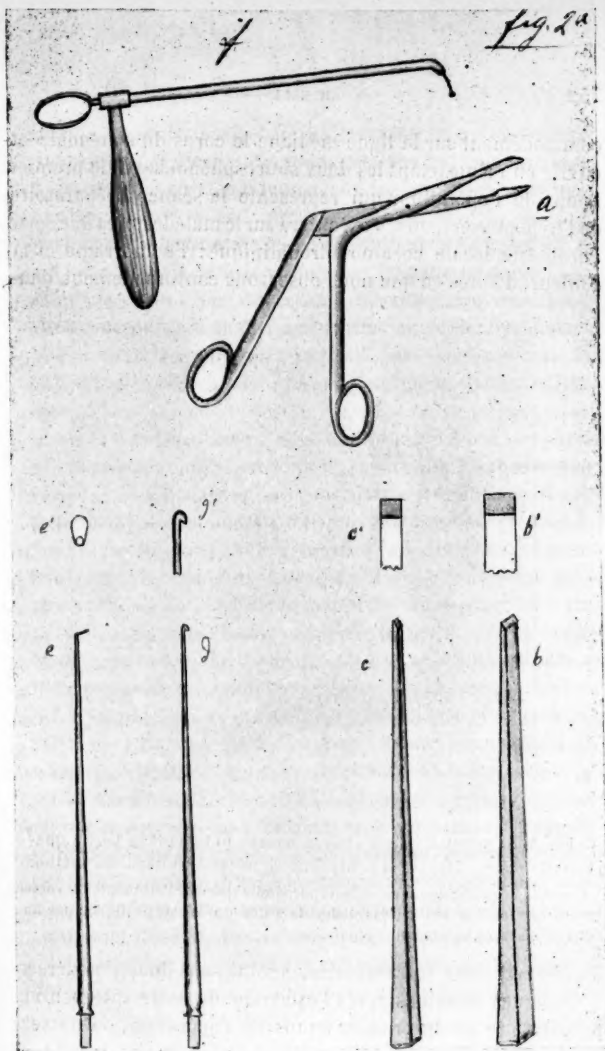


Fig 2. — Instruments nouveaux ou modifiés.

a, pince nasale de Heiman (1 tiers de la grandeur naturelle) avec le corps cependant un peu plus long (10 centimètres chez l'un, 12 chez l'autre) et la pointe effilée; b, ciseau long de 18 centimètres (1 tiers de la grandeur naturelle); b, largeur du ciseau b en dimensions naturelles (1 centimètre); ce ciseau de 15 centimètres de long (1 tiers de la grandeur naturelle); c, coupe du ciseau en grandeur naturelle (5 de large). d, d' petit crochet (d de la grandeur naturelle, d' tiers grandeur naturelle); e, crochet plus grand (e, tiers de la grandeur naturelle; e' grandeur naturelle); f, explorateur de la selle, ouverte.

commodément sur la ligne médiane le corps du sphénoïde et ouvrir en même temps les deux sinus sphénoïdaux. Ce premier temps de l'opération, qui représente la séance préparatoire de l'hypophysectomie, s'exécutera sur le malade après une forte anesthésie locale cocaïno-adréalinique: l'hémorragie et la douleur, d'après ce que nous observons continuellement dans

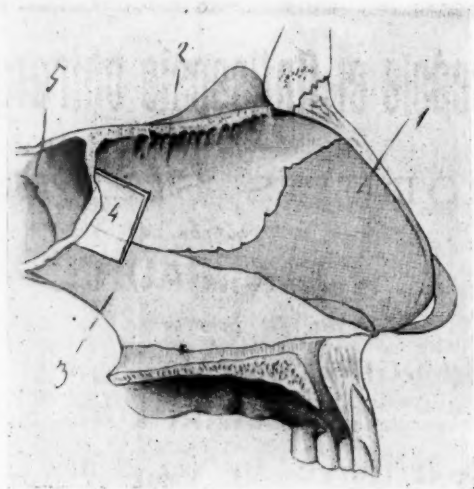


FIG. 3. — Squelette de la cloison nasale, indiquant la partie que j'exporte pour pratiquer la petite fenêtre nécessaire dans ma méthode.

1, cartilage quadrangulaire; 2, lame perpendiculaire de l'ethmoïde; 3, vomer; très petite fenêtre (en comparaison de celle de West) pratiquée par moi sur la cloison; 5, sinus sphénoïdal.

les interventions intra nasales, seront sans doute modérées.

Quelques semaines après l'exécution de cette intervention préparatoire ou du premier temps de l'opération, on passera au second temps ou intervention définitive (ceci s'entend chez le malade; car sur le cadavre, l'opération se fait tout entière en un seul temps, dans l'espace d'une demi-heure). Il sera relativement facile d'attaquer avec un ciseau long de 16 à 18 centimètres et large de 1 centimètre (fig. 2 *b, b'*)

travers la petite fenêtre déjà ouverte sur la partie postérieure du septum, le corps du sphénoïde sur la ligne médiane et d'ouvrir ainsi en même temps les deux sinus sphénoïdaux. On agrandira alors, avec le même ciseau ou avec la pince, l'ouverture faite aux deux sinus (en ouvrant davantage le sinus correspondant à la fossenasaie par laquelle on opère), et l'on enlèvera ce qu'il sera nécessaire du septum séparant les deux sinus. Arrivé à ce point, quand les sinus sphénoïdaux sont vastes (cas fréquent chez l'adulte), on verra souvent saillir dans leur cavité le fond de la selle turcique (cette saillie sera encore plus marquée dans le cas de tumeurs hypophysaires tendant à envahir les sinus sphénoïdaux). Alors on parviendra d'ordinaire sans difficulté à s'orienter et à attaquer la convexité du fond de la selle d'abord avec un ciseau étroit qui pénètre plus facilement (avec un tranchant large d'un demi-centimètre fig. 2, *c*, *c'*), puis avec un plus large. Quand les sinus sont grands, le fond de la selle offre habituellement peu de résistance au ciseau (frappé par le marteau) qui, après l'avoir perforé, donne la sensation d'avoir pénétré dans une cavité (la cavité crânienne). On élargit ensuite la brèche osseuse avec le ciseau plus large et avec une pince de Heimann plus longue (11 à 12 centimètres), de façon à pouvoir passer avec la même pince ou avec des curettes pour enlever l'hypophyse ou la tumeur. Avant de faire cela, il est souvent bon d'inciser (avec un bistouri analogue à celui qui sert pour la cloison, mais de 10 centimètres de long) la dure-mère recouvrant l'hypophyse.

Lorsque, au contraire, les sinus sphénoïdaux sont petits (en raison soit de leur peu de développement, soit d'une supuration chronique antérieure) et d'autres fois aussi quand les sinus sont de dimensions moyennes, il est plutôt difficile de s'orienter pour ouvrir avec sécurité la selle sur la ligne médiane.

Dangers de l'opération. — Dans la partie préparatoire de l'opération et aussi dans l'ouverture des deux sinus sphénoïdaux, il n'y a de danger d'aucune sorte. Le danger commence (même dans les méthodes par les voies artificielles, ce temps de l'opération est dangereux) quand on doit ouvrir la selle

turcique, surtout si son fond ne fait pas bien saillie dans les sinus sphénoïdaux. Dans les cas où il est difficile de s'orienter, on est exposé à trois dangers : ou bien, croyant ouvrir la selle, on ouvre la base du crâne un peu au-devant d'elle (on tombe alors dans la fosse cérébrale antérieure, comme il m'est arrivé dans un cas) ; ou bien on tombe, comme il m'est arrivé dans un autre cas, un peu en arrière de la selle (au niveau du pont de Varole) ; ou bien enfin on ouvre la selle non pas sur la ligne médiane mais sur le côté, de sorte qu'il sera plus facile de léser le sinus caverneux et la carotide interne. Dans les trois cas si, après pénétration dans la cavité crânienne, on incise la dure-mère et si l'on curette, on met en grand danger la vie du malade et souvent on enlève du tissu encéphalique plutôt que du tissu hypophysaire.

Pour éviter, autant que possible, le plus à craindre des trois dangers, celui de tomber latéralement et non sur la ligne médiane (le plus souvent, comme il m'est arrivé plusieurs fois, on tombe du côté opposé à la fosse nasale par laquelle on opère), il faut tenir le ciseau (maintenu incliné en haut et en arrière) aussi proche que possible de la ligne médiane. A cet effet la cloison nasale sera un guide précieux ; aussi est-il mauvais de faire une longue ouverture sur la cloison (étendue presque jusqu'à la sous-cloison), comme le fait West, ainsi que d'enlever en plus les cornets moyens et inférieurs de la fosse nasale opposée ; cela complique d'ailleurs et prolonge inutilement l'opération. Dans ces conditions, en effet, il est plus facile (que dans mon procédé, où l'on garde comme guide la plus grande partie du septum nasal et le cornet moyen du côté opposé) d'ouvrir la selle sur le côté.

Pour ne pas tomber en avant ou en arrière de la selle, on considérera comme très pratiques deux règles imaginées par moi et dont on fera usage avant de chercher à ouvrir celle-ci. Quand on arrive sur la selle, le ciseau, dirigé en haut et en arrière, croise le cornet inférieur ou son insertion approximativement à l'union du tiers antérieur de celui-ci avec son tiers moyen. En outre le ciseau, enfoncé dans la direction voulue pour ouvrir la selle, ira, si on le pousse par l'imagination jusqu'à la rencontre de la calotte crânienne, atteindre celle-ci

(comme je l'ai constaté sur beaucoup de crânes) à 3 centimètres ou un peu plus en arrière de la ligne binauriculaire (arc qui va d'un méat auditif à l'autre).

Pour tomber au contraire en avant de la selle, la direction du ciseau, prolongée par la pensée jusqu'à la voûte du crâne, devrait rencontrer celle-ci en avant de la ligne binauriculaire; en outre, elle devrait passer en avant de la tête du cornet inférieur ou à peine sur elle. Pour tomber enfin en arrière de la selle, la direction du ciseau devrait rencontrer la voûte cranienne très en arrière (c'est-à-dire un peu au-dessus de la protubérance occipitale externe); elle ne croiserait pas le cornet inférieur, mais prendrait une direction presque parallèle à lui.

Ces deux règles m'ont beaucoup servi pour m'orienter et éviter des erreurs qui seraient très dangereuses sur le malade. On conçoit que la radioscopie, en dehors de sa valeur diagnostique, soit très utile pour l'orientation, et de fait beaucoup de chirurgiens s'en sont servis pour s'orienter. En marquant sur l'écran la distance entre l'épine nasale antérieure ou la partie supérieure de l'ouverture piriforme d'une part, et la selle turcique de l'autre, puis en marquant sur la joue du malade une ligne qui va de la selle par exemple, à l'épine nasale antérieure, on aura un bon repère pour tomber sur la selle.

C'est toujours dans le but d'éviter des erreurs très dangereuses que j'ai trouvé également très pratique et utile, après la perforation de la base du crâne, l'usage d'un instrument que j'ai imaginé et fait construire, et auquel j'ai cru bon de donner le nom d'*explorateur de la selle*. Comme on le voit dans la figure 2, il est constitué par une canule droite qui s'incline légèrement en bas, presque à angle droit, à son extrémité distale, tandis que son extrémité proximale droite est soudée à angle droit au manche de l'instrument. A l'intérieur de la canule glisse une tige d'acier, dont l'extrémité postérieure (vers le manche) est munie d'un anneau. En avant, au contraire (vers l'extrémité distale légèrement incurvée en bas), la tige est reliée à un faisceau de fil de fer formant un cordon légèrement rigide qui sort de l'extrémité de la canule, où il se termine par un renflement. Ce bouton ou ce renflement,

ainsi que l'anneau, restent en dehors de la canule : quand l'instrument est fermé, le bouton touche l'extrémité courbe de la canule, et l'anneau se trouve à 2^{cm}5 de l'extrémité postérieure de celle-ci. Lorsque, au contraire, le pouce de la main droite engagé dans l'anneau pousse celui-ci en avant jusqu'au contact de la canule, le bouton s'éloigne d'elle (directement en bas et faisant presque un angle droit) de 2^{cm}5 (Voir fig. 2, *f*) ; alors l'instrument est ouvert.

Lors donc que la base du crâne aura été perforée, par les voies naturelles, dans le point le plus opportun pour ouvrir le fond de la selle, pour s'assurer que la selle est réellement ouverte on introduira dans le trou l'extrémité distale de mon explorateur fermé (c'est-à-dire avec le bouton touchant l'extrémité distale recourbée de la canule). Cela fait, on poussera doucement l'anneau en avant d'autant de centimètres que le comportera la longueur du diamètre antéro-postérieur de la selle chez le sujet opéré (les 2^{cm}5 de la tige d'acier qui sont visibles entre l'anneau et l'extrémité postérieure de la canule quand l'instrument est fermé portent une graduation). D'ordinaire, chez les adultes à l'état normal, le diamètre antéro-postérieur de la selle ne dépasse pas 1^{cm}5 ; cependant, dans beaucoup de cas de tumeur hypophysaire, on l'a trouvé de 2 centimètres ; d'ailleurs, la longueur de ce diamètre pourra être établie exactement dans chaque cas par la radioscopie.

La base du crâne étant perforée, pour s'assurer que la selle est réellement ouverte, on introduira dans le crâne l'extrémité recourbée de l'explorateur fermé. Poussant alors avec le pouce l'anneau de l'instrument en avant, on refoulera le bouton hors de la canule, presque à angle droit, d'un nombre de centimètres correspondant à la longueur du diamètre antéro-postérieur de la selle dans le cas présent. Si, dans cette manœuvre, on rencontre une résistance, celle-ci ne peut provenir que de la partie basse du dos de la selle : on pourra alors en toute sécurité inciser la dure-mère et enlever une partie de l'hypophyse ou de la tumeur hypophysaire. Si, au contraire, on ne rencontre pas de résistance, cela veut dire que l'on est tombé ou derrière la selle (comme il m'est arrivé sur un cadavre sur lequel il existait un prolongement du sinus

sphénoïdal dans l'apophyse basilaire), ou en avant. Les deux autres règles exposées ci-dessus nous serviront fort bien pour nous indiquer si nous sommes tombés en avant ou en arrière de la selle; toutefois, le même explorateur pourra nous donner cette indication. En effet, quand on tombe un peu en avant de la selle, si l'on pousse l'anneau en avant d'une longueur plus grande que le diamètre antéro-postérieur de la selle, l'anneau rencontrera le dos de celle-ci, ce qui n'arrivera pas si l'on est ombé en arrière.

Instruments. — Les instruments dont je me suis servi pour exécuter le deuxième temps de l'opération (pour le premier temps on emploie, outre les instruments que j'ai décrits, ceux qui servent habituellement dans les opérations endonasales) sont très peu nombreux. Ce sont : 1° un spéculum nasal de Killian pour la rhinoscopie moyenne; 2° deux ciseaux (Voir fig. 2, *b* et *c*), dont un long de 18 centimètres et de 1 centimètre de large, l'autre long de 15 centimètres et large de 0^{cm}5 (on peut adapter à ces ciseaux un manche à angle droit); 3° une pince nasale comme celle de Heimann, mais plus longue de 2 centimètres; 4° deux crochets mousses (Voir fig. 2, *d* et *e*) avec un talon rectangulaire se montant sur le manche habituel de Hajek, de façon à pouvoir être dirigé dans tous les sens; 5° deux ou trois petites curettes de 15 à 16 centimètres de long et adaptables à un manche ordinaire. Avec ces quelques instruments, on peut fort bien faire l'opération. On conçoit cependant que la pince ostéotome de Hajek pour l'élargissement de l'ouverture des sinus sphénoïdaux, celle un peu plus longue et plus fine construite par Hirsch pour agrandir la brèche de la selle ainsi que les deux autres pinces que Hirsch a également fait construire à l'imitation de la pince nasale de Grünwald (l'une avec les mors droits et l'autre avec les mors tournés en haut) pourraient servir dans quelques cas pour faire l'opération avec plus de rapidité et aussi de précision.

Le deuxième temps de l'opération s'exécutera sur le malade sous l'anesthésie locale ou sous l'anesthésie générale, selon l'impressionnabilité du patient; il ne pourra durer qu'une demi-heure

{sur le cadavre j'ai exécuté les deux temps dans une seule séance et j'ai employé en tout, surtout quand je fus devenu plus habile, une demi-heure).

Comparaison entre la méthode de West, la mienne et la deuxième méthode de Hirsch. — Ces trois méthodes rhinologiques d'hypophysectomie, reposant sur le même principe, celui d'ouvrir les deux sinus sphénoïdaux et la selle turcique sur la ligne médiane et imaginés par des auteurs différents presque simultanément et à l'insu les uns des autres, diffèrent toutefois assez entre elles. C'est maintenant de ces sensibles différences que je veux m'occuper, pour indiquer laquelle des trois méthodes est la plus rationnelle et la plus simple et, par conséquent, devrait être préférée.

La méthode de West, comme je l'ai indiqué précédemment, comporte le décollement de la narine du côté par lequel on opère et l'ablation du cornet moyen et inférieur du côté opposé, intervention opératoire que l'on peut fort bien éviter. En outre elle comprend l'ouverture, sur la cloison, d'une fenêtre rectangulaire sur toute la longueur du septum, et s'étendant du corps du sphénoïde presque jusqu'au bord antéro-inférieur du cartilage quadrangulaire (fig. 1). Or une destruction aussi étendue de la cloison ne prolonge pas seulement l'opération, elle compromet aussi la solidité du nez et fait perdre à l'opérateur un guide précieux pour tomber sur la ligne médiane quand il ouvre la selle turcique. Avec ma méthode, au contraire, on ne touche pas à la narine (et par conséquent on n'a pas de déformation); on laisse en place les cornets moyens et inférieurs du côté opposé, et l'on enlève d'une façon simple de la partie postéro-supérieure du septum nasal juste ce qui suffit pour attaquer les sinus sphénoïdaux et ensuite la selle turcique sur la ligne médiane (fig. 3). Pour le reste, les deux méthodes se ressemblent.

Avec la deuxième méthode de Hirsch enfin il faut faire une opération assez longue, (la résection sous-muqueuse de la plus grande partie de la cloison,) opération qui compromet la solidité du nez et que l'on pourrait très bien épargner. En vérité, je ne suis pas arrivé à comprendre dans quel but l'auteur veut faire une

opération aussi longue et aussi laborieuse (surtoit quand il existe des crêtes de la cloison) et parfaitement inutile (il ne le dit d'ailleurs pas); il me semble qu'il a peut-être été suggestionné par l'idée identique que Kocher a eue et mise en pratique avant lui. En effet l'hémorragie, si l'on enlève, comme je le fais une partie minime de la cloison (muqueuse et squelette) sera moindre qu'en suivant la méthode de Hirsch, et, du reste, avec la cocaïne et l'adrénaline, l'hémorragie dans les opérations endo-nasales ne préoccupe plus aucun rhinologiste. En outre, pour mieux mettre à découvert le corps du sphénoïde, Hirsch enlève aussi le cornet moyen de l'autre côté. Enfin, l'orientation à travers un tunnel étroit et profond limité par les deux feuillets de la muqueuse du septum (écartés par un spéculum nasal) est plus difficile qu'en opérant (comme dans ma méthode et dans celle de West) à travers une fosse nasale élargie (cela est si vrai que, surtout dans le premier cas opéré par sa seconde méthode, Hirsch rencontra de grandes difficultés pour s'orienter).

A dire vrai, en lisant le travail où Hirsch parle de la seconde méthode (*loc. cit.*), je crus d'abord que l'auteur avait fait une longue opération en plus (la résection sous-muqueuse, la cloison) pour ne pas laisser communiquer avec la fosse nasale l'ouverture faite à la selle et diminuer ainsi le danger d'une méningite. Mais, outre que la muqueuse de la cloison, surtout en cas de crêtes saillantes, se déchire en certains points quand on la détache du squelette, ou est incisée sur les crêtes (selon la méthode de Freer) si bien qu'elle ne forme plus un sac hermétiquement fermé, ce procédé offre l'inconvénient que les sécrétions des sinus sphénoïdaux et de la selle, ne pouvant descendre dans les fosses nasales, séjournent sur place, augmentant ainsi le danger de méningite plutôt que de le diminuer. De plus, dans les cas de tumeur hypophysaire en voie d'accroissement, on ne pourrait plus intervenir facilement sur elle, comme dans le cas où la communication avec la fosse nasale persiste (comme dans ma méthode, dans celle de West et dans la première de Hirsch).

Mais, quand j'eus achevé la lecture du travail de Hirsch, je m'aperçus que l'auteur ne disait nullement qu'il entendait

faire la résection sous-muqueuse pour diminuer le danger de méningite. Ainsi, dans le premier cas clinique opéré par Hirsch, selon son second procédé (2^e cas des opérés par l'auteur), quelques jours après l'ouverture de la selle, il dilata l'ostium sphénoïdal gauche et enleva la muqueuse sur l'étendue d'une pièce de un heller environ, mettant ainsi la selle turcique en communication avec les fosses nasales. Il agit ainsi pour donner à la tumeur une plus grande facilité à s'étendre et pour la surveiller dans le cas où il aurait été nécessaire ultérieurement de l'enlever.

Ce que l'auteur fit dans son dernier cas clinique me paraît encore moins justifié que la résection sous-muqueuse de la cloison. Il ouvrit d'abord le sinus sphénoïdal d'un côté, selon la méthode usitée d'ordinaire en rhinologie; puis dans un autre temps il pratiqua, par la fosse nasale opposée, la résection sous-muqueuse du septum suivie des différents temps de sa seconde méthode; c'est la conduite qu'il propose et conseille de suivre dans tous les cas (*loc. cit.*, p. 171-172). Dans quel but devrait-on ouvrir l'un des sinus sphénoïdaux dans une séance, puis dans une autre, après résection sous-muqueuse de la cloison, l'autre sinus, quand avec mon procédé on ouvre en très peu de temps et dans la même séance (en évitant une résection sous-muqueuse du septum) les deux sinus sphénoïdaux, et l'on obtint cette communication entre la selle turcique ouverte et les fosses nasales pour laquelle Hirsch voudrait faire deux opérations au lieu d'une?

Il résulte donc avec évidence de tout ce que j'ai dit ci-dessus, que ma méthode est la plus simple des trois méthodes par les voies naturelles que nous connaissons jusqu'ici; et je crois qu'elle donnera les meilleurs résultats dans la pratique.

Méthode Nassetti. — J'ai fait allusion, dans ma note préliminaire à la méthode de Nassetti : je vais dire un peu plus clairement en quoi elle consiste. Après avoir pris connaissance de la première méthode de Hirsch, le chirurgien Nassetti proposa (après l'avoir essayée sur le cadavre, une méthode intermédiaire

au procédé par les voies naturelles de Hirsch et à celui par les voies extranasales décrit ci-dessus, et cela, dit-il (24) dans le but d'associer les avantages de la technique Schloffer-Eiselsberg et de celle de Hirsch, en même temps que pour en éliminer les inconvénients.

Nassetti fait une incision de 2 centimètres dans le sillon naso-génien, près de l'aile du nez du côté où il opère, et enlève le lambeau ainsi formé. Il détache alors des tissus et du périoste le bord du maxillaire supérieur qui limite en bas l'ouverture piriforme et, avec le ciseau, en fait sauter 4 à 5 centimètres dans le sens transversal, en évitant d'ouvrir le sinus maxillaire. Il enlève ensuite la tête du cornet inférieur ainsi que les cornets moyen et supérieur; il obtient ainsi une large brèche à travers laquelle on découvre bien à l'éclairage réfléchi toute la paroi antérieure du sinus sphénoïdal correspondant. Cette paroi est effondrée, et la paroi postérieure du sinus apparaît.

Il me semble que la méthode de Nassetti n'a pas l'avantage des autres méthodes chirurgicales, celui de rapprocher de la selle turcique la main et la vue de l'opérateur; elle n'a pas non plus le grand avantage des méthodes chirurgicales aussi bien que des trois méthodes rhinologiques exposées précédemment, d'ouvrir les deux sinus sphénoïdaux et la selle turcique sur la ligne médiane. De plus, elle défigure un peu le patient et exige l'ablation d'une partie du maxillaire. Pour ces raisons, elle me paraît inférieure aux méthodes chirurgicales et surtout aux méthodes rhinologiques. En outre, pour s'orienter afin de trouver et d'ouvrir la selle, Nassetti donne (à la suite de mesures prises sur un grand nombre de crânes humains) des règles spéciales que je ne crois pas plus pratiques que les données fournies par la plaque radiographique, par mes deux règles et l'usage de mon explorateur.

Je dirai aussi quelques mots sur une autre méthode intermédiaire entre les méthodes chirurgicales si agressives et celles par voies naturelles: c'est-à-dire de la méthode du rhinologiste Fein. Cet auteur, après avoir amplement exporté la paroi latérale de la fosse nasale correspondante avec les cornets moyen et inférieur, enlève l'ethmoïde et la partie postérieure

du septum nasal, pour ouvrir les sinus sphénoïdaux sur la ligne médiane. Il est cependant évident que les méthodes par les voies naturelles sont beaucoup plus simples et arrivent aussi très bien au but.

Comparaison entre les méthodes chirurgicales et les trois méthodes rhinologiques signalées ci-dessus. —

Si nous nous rappelons ce que j'ai dit des méthodes de Schloffer, d'Eiselsberg, de Giordano et de Kocher d'une part, et des trois méthodes par les voies naturelles d'autre part, une différence notable entre les premières et les secondes paraît évidente. En effet les méthodes chirurgicales susdites exigent (avant d'intervenir sur les sinus sphénoïdaux et la selle turcique) des opérations préliminaires assez graves qui défigurent le malade et lui font perdre beaucoup de sang. Ces complications opératoires, qui ont souvent compromis la vie des patients, sont au contraire fort bien évitées par l'emploi des méthodes rhinologiques. Ajoutons que, si avec les méthodes chirurgicales le danger de méningite est le même qu'avec les méthodes rhinologiques (car dans les deux cas on établit une communication entre la cavité nasale et la selle turcique), on a d'autre part le désavantage d'avoir à recommencer une opération aussi grave que la première, dans le cas où l'on doit intervenir de nouveau sur la tumeur hypophysaire (quand celle-ci a tendance à augmenter de volume). Avec les méthodes rhinologiques, au contraire, on pourra, sans nouvelle opération préliminaire, enlever autant de fois qu'on voudra de nouvelles portions du néoplasme hypophysaire.

L'unique avantage qu'auraient les méthodes chirurgicales (y compris les méthodes naso-palatines) consisterait dans le fait qu'avec elles on diminue de 2 centimètres environ la profondeur de la région par laquelle on opère. Cependant, malgré cette diminution, les chirurgiens peu habitués à opérer avec une lumière artificielle dans des régions étroites et profondes n'arrivent qu'avec des difficultés parfois notables (comme l'affirment eux-mêmes Schloffer et Eiselsberg) à se diriger pour trouver la selle turcique, difficultés certainement plus grandes que celles que nous rencontrons, nous,

rhinologistes, en travaillant cependant à une profondeur plus considérable avec nos méthodes.

D'ailleurs la différence, si évidente, entre les méthodes chirurgicales d'hypophysectomie (si compliquées et si agressives) et les méthodes rhinologistes (plus ou moins simples), est du reste lumineusement confirmée par les résultats opératoires obtenus jusqu'ici sur les malades (bien que très peu nombreux soient encore les cas cliniques opérés par les procédés rhinologiques). En effet, sur 32 opérations d'hypophysectomie que j'ai pu rassembler, faites par les méthodes chirurgicales (par Schloffer, Eiselsberg et son école, Hochenegg, Kocher, Schmoler, Mokowicz, Lecène, Borchart, Kose, Habs, Schmiegelow, Cushing, Durante, etc.), il y a eu 12 cas de mort ou aussitôt après l'opération ou quelques jours après. Quelquefois la mort a été causée par une méningite (4 fois); mais le plus souvent la mort fut due à une pneumonie ab ingestie, à l'asphyxie, à une forte perte de sang, à la longue durée de l'opération sous la narcose chloroformique, etc. Or, ces complications étaient toutes dues à la gravité des actes opératoires préliminaires destinés à faciliter l'accès des sinus sphénoïdaux et de la selle turcique.

Ceci étant donné, il était naturel de s'attendre à ce que les résultats dussent être bien meilleurs en évitant ces opérations préliminaires agressives et en opérant par les voies naturelles avec une simple anesthésie locale cocaïno-adrénalinique. En effet, Hirsch, qui a eu jusqu'ici l'occasion d'opérer 4 cas cliniques (1 avec sa première méthode et 3 avec sa deuxième), a obtenu dans ces 4 cas d'excellents résultats opératoires et thérapeutiques sans aucun cas de mort, bien que ses méthodes soient moins simples et moins rationnelles que la mienne, ainsi que je l'ai démontré. Je suis certain que plus le nombre de cas cliniques opérés par ces méthodes augmentera, plus évidente apparaîtra la supériorité de ces méthodes sur les autres.

Donc, étant donnée la simplicité relative des méthodes rhinologiques d'hypophysectomie, le médecin pourra plus facilement conseiller (même à titre d'essai) cette opération, et les malades s'y soumettront plus volontiers, soit parce que

les désastres opératoires et les souffrances du patient seront réduits au minimum avec ces procédés, soit parce qu'aucun d'eux ne défigurera le malade. Et si l'on ajoute à cela que les résultats thérapeutiques soit au point de vue des troubles oculaires et de la céphalalgie, soit, quand elles existent, au point de vue des altérations acromégaliques et dystrophiques (maladie de Fröhlich), ont été excellents, et que, dans le plus grand nombre des cas, les tumeurs hypophysaires ne sont pas de nature maligne, mais qu'il s'agit plutôt de tumeurs bénignes (adénomes simples ou kystiques, angiosarcomes, simples kystes, etc.), on comprendra facilement que (maintenant surtout que le diagnostic de ces lésions est devenu relativement facile) le nombre des hypophysectomies devrait rapidement augmenter, au grand bénéfice des malades et de la solution du problème hypophysaire.

Il est donc réservé aux rhinologistes, non seulement au point de vue de la pathologie (comme je l'ai démontré et le démontrerai encore mieux dans un prochain travail), mais aussi au point de vue opératoire (étant donnée la supériorité des méthodes rhinologiques sur les méthodes chirurgicales), une part non indifférente dans la solution du problème hypophysaire, devenu désormais extrêmement important.

Comme conclusion, je dirai donc : 1° que les méthodes rhinologiques spécialement pour qui est habitué aux opérations intranasales doivent sans hésiter être préférées aux méthodes chirurgicales par les voies artificielles ; 2° que, des trois méthodes rhinologiques que nous connaissons actuellement la plus simple et la plus rationnelle est certainement la mienne ; 3° qu'en étendant l'usage de ces méthodes on aura des résultats de plus en plus brillants dans la pratique au grand bénéfice de la solution du problème hypophysaire ; 4° qu'il est temps désormais que nos confrères en rhinologie s'unissent à nous, qui sommes encore trop rares, pour apporter leur contribution à un sujet aussi important. D'autre part, cependant, je crois devoir rappeler qu'avant de faire une première hypophysectomie sur l'homme, il faut la répéter sur le cadavre.

BIBLIOGRAPHIE

1. P. MARIE. Sur deux cas d'acromégalie, etc. (*Revue de médecine*, 1886, p. 298).
2. FRÖHLICH. Ein Fall von Tumor der Hypophysis cerebri ohne Akromegali (*Wiener klin. Rundschau*, 1901, nos 47-48).
3. ASCHNER. *Wiener med. Gesellschaft*, 1909 (ref. in *Münch. med. Wochenschr.*, 1909, p. 2668).
4. ERDHEIM Ueber. Hypophysenganggeschwülste u. Hirncholesteatome (*Sitzungsber. der k. Akad. d. Wissenschaft*, Wien, Bd. CXIII, Ab. III, déc 904).
- 4 bis. ERDHEIM et SUMME. *Zieglers Beiträge*, fasc. 1^{re} Bd. XLVI. 1909.
5. OPPENHEIM. *Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie*, etc., 13 nov. 1899 (*Arch. f. Psych.*, Bd. XXXIV).
6. FUCHS. Diagnose der Hypophysentumors (*Jahrb. f. Psych.*, etc., Bd. XXVI).
7. SCHÖLLER. Die Schädelasis im Röntgenbilde (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, Ergänzungshand 11).
8. HOCHENEGG. *Zeitschr. f. Chir.*, Bd. C, p. 325, 1909.
9. V. STUMME. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. LXXXVII, fasc. 2.
10. PROUST. La chirurgie de l'hypophyse (*Journ. de Chir.*, 1908, vol. I, p. 665).
11. VENUS. *Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1909.
12. SCHLOFFER. Zur Frage der Operationen an der Hypophyse (*Beiträge zur klin. Chir.*, Bd. I, p. 767, 1906).
13. — Erfolgreiche Operation eines Hypophysentumors auf nasalen Wege (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1907, n° 321, p. 621 et 1075).
14. EISELSBERG. *Neurolog. Zentralblatt*, 1907, n° 21, p. 994.
15. CUSHING. Partial Hypophysectomy for Acromegaly, etc. (*Compte rendu du XVI^e Congrès international de méd. de Budapest*, 1909; Section VII, Chirurgie, t. II, p. 924-940).
16. TH. KOCHER. *Zeitschrift f. Chir.*, n° 100, p. 43, 1909.
17. KANAUEL. *Journ. amer. med. Assoc.*, nov. 1909.
18. HALSTEAD. Remarks on the operative treatment of tumors of the hypophysis (*Surgery, gynecology and obstetrics*, may 1910, p. 494).
19. HIRSCH. Eine neue Methode der endonasalen Operation von Hypophysentumoren (*Wien. med. Wochenschr.*, 1909, n° 12, p. 636).
20. Voir *Sitzungsber. der Wiener. klin. Wochenschr.*, 1909, n° 13, p. 473.
21. HIRSCH. Ueber. Methoden der operat. Behandlung von Hypophysentumoren auf endonasalem Wege (*Archiv. f. Laryngol. und Rhinol.*, Bd. XXIV, fasc. 1, p. 129-177, nov. 1910).
22. WEST. Die Chirurgie der Hypophysis von Standpunkte des Rhinologen. (*Archiv f. Laryngol. u. Rhinol.*, Bd. XXIII, fasc. 2, p. 288-295, 15 Maggio 1910).

23. CITELLI. L'ipofisectomia e la moderna rinologia (Su un nuovo metodo di ipofisectomia relativamente facile per il rinologo). Nota preventiva (*Bollettino delle malattie d'orecchio, naso e gola*, Giugno. 910.

24. NASSETTI. *Società Medico chirurgica di Bologna*, Seduta del 31 Gennaio 1910.

25. FEIN. Opération der Hypophyse. *Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 28-910.

II

COMMENT REMÉDIER A L'ÉCARTEMENT DU PAVILLON DE L'OREILLE ?

Par **MERMOD** (Lausanne)

L'écartement modéré du pavillon de l'oreille est tellement fréquent qu'une oreille normalement appliquée sur le plan temporal, dans un angle suffisamment aigu, est une exception. L'écartement extrême allant jusqu'à l'angle droit, surtout si en outre le pavillon est très grand, est une infirmité extrêmement choquante, exposant sans cesse son malheureux possesseur aux plaisanteries faciles; et cette infirmité est encore plus disgracieuse si elle n'atteint qu'une seule des deux oreilles.

Tandis que le traitement des malformation de l'oreille externe a donné lieu à de nombreuses publications, il est étonnant de constater combien est négligée la difformité qui nous occupe ici. Et pourtant, quel est celui d'entre nous qui ne se soit trouvé embarrassé en présence d'une maman qui souffre dans sa vanité, et qui demande constamment qu'on remédie à l'écartement ridicule des oreilles de son garçon. Inutile de consulter les auteurs, qui ne disent rien, ou préconisent des moyens absolument inutiles; le port prolongé d'un bandeau est impuissant; le cartilage si élastique du pavillon n'obéit pas mieux que celui du nez aux moyens de contention; et l'on sait quels résultats déplorables sont obtenus par la simple excision d'un lambeau cutané en arrière sur la ligne d'insertion du pavillon, avec suture des deux lèvres de la plaie. Et pourtant, c'est tout ce qu'on trouve chez les auteurs, même chez les plus classiques.

La charpente du pavillon est constituée essentiellement par une lame cartilagineuse plus ou moins unie en arrière, et présentant sur la face antérieure une série d'élevures, hélix,

anthélix, tragus, antitragus, séparées par des enfoncements, dont le plus considérable forme la conque. Sur une coupe cette lame sinueuse et irrégulière est formée de portions parallèles, de portions obliques et de portions perpendiculaires au plan temporal.

L'écartement anormal de l'ensemble est le résultat du développement exagéré des dernières, et ce sont elles qu'il faut réduire pour ramener le pavillon en position normale. La plupart des cas d'écartement sont dus au trop grand développement de la conque dans sa portion perpendiculaire, et presque toujours la résection de cette portion suffit pour donner un résultat parfait. C'est ce que je vis faire pour la première fois en 1908, dans le service d'Alexander, à Vienne, lors du jubilé Türk-Czermack. L'opérateur se contenta de réséquer au bistouri dans la conque un segment semi-lunaire allongé, comprenant toutes les couches, peau, cartilages, et de réunir exactement les deux lèvres de la plaie par quelques points de suture.

Dans les cas les plus favorables, la résection totale d'une partie du pavillon laisse inopinément une petite cicatrice linéaire, qui peut persister plus apparente qu'on ne le voudrait ; sur la face postérieure cachée, cela n'a pas d'importance, mais non sur la face antérieure, surtout dans le rang social où se pratiquent le plus souvent les opérations d'un intérêt purement esthétique. Puis il faut compter aussi avec la possibilité de la production d'une chéloïde, et avec la persistance d'une perforation du pavillon, malgré une antisepsie des plus soignée. C'est pourquoi, dans un cas opéré dans la suite, nous avons modifié la méthode en ne pratiquant qu'une seule incision sur la face postérieure du pavillon, une boutonnière à travers laquelle il est possible de réséquer la quantité nécessaire de cartilage, tout à fait comme dans la résection sous-muqueuse de la cloison nasale, façon Killian. L'incision curviligne correspond exactement en avant au bord supéro-postérieur de la conque, ou au bord antéro-inférieur de l'anthélix, ce qui revient au même. Le décollement de la peau et du périondre se pratique d'abord sur la face postérieure du pavillon, sur toute la portion perpendiculaire de

la conque qu'il faudra enlever. Ce travail de décollement est facile et se pratique avec les mêmes petites rugines que nous utilisons dans la résection sous-muqueuse du septum nasal. Puis à travers une ouverture suffisante à travers le cartilage, nous faisons le même travail sur la face antérieure, ce qui est difficile, les adhérences étant bien plus solides qu'en arrière; aussi faut-il procéder avec une grande douceur de peur de blesser la peau extrêmement mince. Le cartilage est enfin enlevé par petits fragments avec une bonne pince de Grünwald, et dans une étendue qui varie suivant le degré d'écartement de la conque; aussi est-il nécessaire de se repérer plus d'une fois, jusqu'à ce que le pavillon garde de lui-même sa position normale, sans chevauchement et avec coaptation exacte des deux bords cartilagineux. Quelques points de suture sur la boutonnière primitive terminent l'opération.

Il va sans dire que l'étendue de la résection doit être rigoureusement identique sur les deux pavillons, pour ne pas arriver à une asymétrie choquante. L'asepsie doit être extrêmement soignée. L'anesthésie locale est suffisante chez l'adulte; chez l'enfant, il est préférable, dans une opération en somme très délicate, d'employer la narcose.

Telle est l'intervention, très simple en théorie, minutieuse en pratique, et qui nous est devenue familière depuis que nous pratiquons la résection sous-muqueuse de la cloison nasale, et qui nous donne constamment un résultat parfait. Aussi avons-nous pensé être agréable et utile à nos confrères puisque la littérature spéciale, nous le répétons, ne donne aucun renseignement valable pour remédier aux oreilles écartées.

Ajoutons enfin que le même mode de résection sous-cutanée pourrait être appliqué en toute autre partie du cartilage autre que la conque, et contribuant à l'écartement du pavillon.

III

DE LA VOIE BUCCALE COMME VOIE D'ACCÈS SUR LA RÉGION PÉRIAMYGDALIENNE ET L'ESPACE MAXILLO-PHARYNGIEN.

Par **GAULT** (de Dijon).

Il nous a été donné d'observer, il y a sept mois, un lymphosarcome de l'amygdale droite, chez un homme de 32 ans. Cette tumeur, nettement caractérisée par son aspect clinique, par le contrôle histologique, par une récurrence survenue quatre mois après une première ablation, ne s'accompagnait d'aucun engorgement ganglionnaire apparent et paraissait être un lymphosarcome primitif de l'amygdale. Proposer une intervention par voie externe à un malade adulte, ne souffrant pas et éprouvant peu de gêne, nous parut difficile, et, selon la conduite que nous avions vu tenir en pareil cas à l'université de Nancy par notre maître et ami le P^r Jacques, nous proposâmes au malade l'intervention par voie buccale. Elle fut pratiquée avec l'assistance de notre excellent confrère le D^r Perfetti de Hortes.

Sous chloroforme, le malade étant en position de Rose, nous faisons une incision verticale sur le bord interne du pilier antérieur jusqu'au muscle, puis, élevant tant avec la sonde qu'avec le doigt, nous dégagons la masse amygdalienne en haut, en arrière et en bas, manœuvre facile en haut, plus difficile en arrière et en bas. Nous dépassons largement les limites apparentes du mal. L'hémorragie fut très abondante, mais facile à arrêter par tamponnement continué avec des tampons d'ouate montés sur pince pharyngienne. La tumeur énucléée présentait le volume d'un abricot. Les suites furent extrêmement simples. Au sixième jour, le malade sortait de la clinique et reprenait au quinzième jour son service d'instituteur.

Quatre mois après apparaissait, vers le pilier postérieur, un

pétit noyau de récidive blanchâtre bien limité, dur au toucher, que nous enlevâmes toujours de même façon, mais cette fois en position assise et sous cocaïne. Depuis cette dernière intervention, il y a quatre mois rien d'anormal n'est apparu.

L'intérêt de cette observation réside dans les suites extrêmement simples de cette opération, alors qu'une intervention par voie externe, sans être probablement plus complète, eût présenté des dangers plus grands, des suites plus longues, une voie d'accès moins large. Frappé de la facilité relative que nous avons pour aborder la région amygdalienne, nous avons fait sur plusieurs sujets des recherches concernant l'anatomie opératoire de l'espace maxillo-pharyngien.

1° Le sujet étant en position de Rose, le miroir de Clar en photophore frontal, la bouche très largement ouverte par le Whithead, un abaisse-langue chargeant la langue, un aide écarte et plaque en quelque sorte avec un abaisse-langue de Kierstein le pilier antérieur contre la branche montante du maxillaire inférieur doublée du ptérygoïdien interne. Avec des pinces ou par un procédé quelconque, ablation de l'amygdale. A ce moment, on a sous les yeux la plus grande partie de l'espace maxillo-pharyngien recouvert par la muqueuse, c'est-à-dire tout l'espace entre la colonne vertébrale et la styloïde. — 2° Incision verticale de 4 centimètres de hauteur de la paroi pharyngienne à 1^{cm}5, environ en dehors de la ligne médiane intéressant l'aponévrose prévertébrale, puis décollement en dehors de cette aponévrose qui est ensuite chargée par l'écarteur latéral. — 3° L'index reconnaît alors la colonne cervicale en dedans, l'apophyse styloïde en dehors, la masse latérale de l'atlas en dehors et un peu en arrière de la styloïde. Ces points de repère sont faciles à constater. La styloïde descend presque parallèlement à la branche montante doublée du ptérygoïdien et la touche quand la bouche est largement ouverte. Rarement elle est trop courte pour échapper au doigt investigateur. Le plus souvent elle peut même être sentie avant toute incision en déprimant en dehors et vers le haut la fossette sus-amygdalienne. — 4° On observe alors assez facilement les détails anatomiques sui-

vants. En dedans la colonne vertébrale, doublée des muscles prévertébraux, avec bandes verticales tendineuses blanchâtres. En dehors la styloïde doublée du muscle stylo-pharyngien, petit faisceau bien visible qui se dirige obliquement en bas et en dedans et est en rapport avec le nerf glosso-pharyngien qui le contourne en arrière, puis suit son bord inféro-externe. En arrière de ce muscle, en dedans de la styloïde, en dehors de la colonne vertébrale doublée de ses muscles, se trouve l'artère carotide interne, facile à mettre en évidence si l'on se rappelle qu'elle est à 1 centimètre au moins en arrière d'un plan frontal tangent à la face antérieure du corps des vertèbres cervicales, qu'elle est en arrière du muscle stylo-pharyngien bien visible, qu'elle est à peu près à égale distance entre la styloïde et la colonne cervicale, qu'elle repose sur la masse latérale de l'atlas. Si le protecteur charge l'artère et l'entraîne en dehors et avec elle le pneumogastrique et la veine qui lui sont externes, on n'a plus en dedans aucun organe dangereux. Seul le glosso-pharyngien, facile à voir et à écarter, et le plexus veineux péripharyngien, se manifestant sous forme de plusieurs veines verticales plus ou moins grosses constituent un obstacle relatif. Comme on le voit, à la condition d'avoir une bouche largement ouverte, un bon éclairage et d'opérer à peu près exclusivement au doigt et à la sonde, la ligature de la carotide interne par cette voie ne présente pas plus de difficultés que celle de quelques autres artères. Je parle de la technique de cette ligature non dans un but de médecine opératoire, mais simplement pour montrer que cet organe intimidant reconnu et écarté avec tout le paquet vasculo-nerveux, on opère sur une région en somme peu dangereuse à la condition de se débarrasser des veines péripharyngiennes en les écartant plutôt que par ligature. La gouttière pharyngienne se présente bien visible, facile à décoller en arrière, et on peut pharyngectomiser à son aise.

Pour mettre en évidence le paquet vasculo-nerveux, il est indiqué de tourner le menton du côté opéré. La manœuvre inverse est de mise quand, au lieu de chercher l'artère, on opère sur le pharynx.

Au point de vue hémorragique, seul le plexus veineux péri-

pharyngien peut causer quelque ennui. La pharyngienne ascendante, plus postérieure, n'est habituellement pas visible. En cette région, le tamponnement continu, pratiqué comme il est dit ci-dessus, assèche suffisamment le champ opératoire. On pourrait objecter à ce procédé l'impossibilité du nettoyage ganglionnaire; mais, en tournant le menton du côté correspondant, on met en évidence la veine jugulaire et aussi les ganglions, qui se trouvent généralement à ce niveau. Bien entendu l'intervention par voie externe reste de mise quand le ganglion sous-angulo-maxillaire, les parotidiens ou les jugulaires infé-

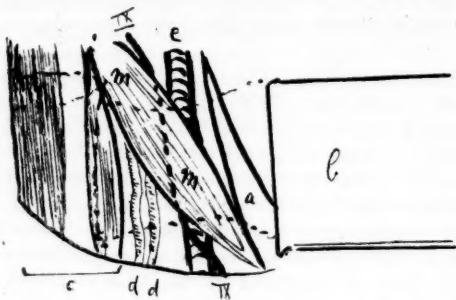


FIG. 1. — Espace maxillo-pharyngien du côté droit.

(Vu. le sujet étant en position de Rose); Un écarteur *b* attire en dehors le pilier antérieur; En pointillé fin, colonne cervicale et masse latérale; *e*, colonne cervicale recouverte des muscles prévertébraux; *d*, veines péri-pharyngiennes; *m*, muscle stylo-pharyngien; *c*, artère carotide interne; *a*, apophyse styloïde; *IX*, nerf glosso-pharyngien.

rieurs sont cliniquement intéressés. L'instrumentation comporte les pinces et instruments un peu longs utilisés pour les interventions sur la région utéro-vaginale.

De cette observation et des quelques recherches que nous avons faites, nous sommes, croyons-nous, en droit de conclure que :

La voie buccale, pour aborder les tumeurs au début de l'amygdale et de la région périamygdalienne, est trop rarement employée aujourd'hui qu'une lumière intensive et une instrumentation appropriée permettent un accès relativement large à cette région bien exposée, à la condition d'user d'écarteurs appropriés, où des repères osseux faciles à trouver permettent

que orientation aisée. Le danger d'hémorragie résultant bien plutôt des veines péri pharyngiennes que de la carotide interne facilement évitable n'est, somme toute, pas plus grand que dans les opérations faites par voie externe.

L'absence de cicatrices consécutives et la simplicité des suites opératoires, surtout dans le cas de néoplasmes au début, feront accepter bien plus facilement ce mode d'intervention par des malades qui le plus souvent ignorent la gravité d'un mal peu gênant quand il est encore localisé et se résigneraient alors difficilement à une opération par voie externe.

Seuls les cas de tumeurs volumineuses avec engorgement ganglionnaire étendu contre-indiquent cette voie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION 1910.

SECTION D'OTOLOGIE ⁽¹⁾.

Président : E. LAW.

MILLIGAN. — **Sur la tuberculose de l'oreille chez l'enfant.** — La tuberculose de l'oreille est très fréquente chez les enfants. D'après la statistique personnelle de Milligan, chez les enfants au-dessous de 6 ans, l'otite moyenne suppurée est dans 20 p. 100 des cas d'origine tuberculeuse. Il s'agit peut-être d'une tuberculose d'origine hémotogène, mais l'opinion de Milligan est que bien plus souvent l'origine de cette tuberculose est à rechercher dans l'anneau de Waleleyer. De la symptomatologie très connue, rappelons les débuts insidieux, la fréquence de la paralysie faciale, la tuméfaction ganglionnaire, la tendance, à la destruction osseuse. Comme traitement, Milligan propose la destruction aussi large que possible, y compris l'oreille interne, de tout ce qui est susceptible d'être malade. Il expose le dure-mère aussi loin que possible et va jusqu'à la carotide interne. Plusieurs opérations peuvent devenir nécessaires.

Discussion.

LAK. — Il serait intéressant de rechercher la fréquence de la tuberculose de l'oreille chez les enfants. En prenant la population hospitalière, il faudra distinguer entre trois groupes : 1° les hôpitaux d'enfants, où la tuberculose de l'oreille est très fréquente ; 2° service de médecine générale où, au contraire, elle l'est moins ; 3° services spéciaux où elle est pour ainsi dire rare. La paralysie faciale est un symptôme très caractéristique de la maladie.

WESTMACOTT a trouvé, sur 1 500 enfants seulement, dans 2 p. 100, l'otite tuberculeuse. Celle-ci est rarement combinée avec la tuberculose viscérale, mais plus souvent avec la tuberculose de l'os et des articulations.

SYDNEY SCOTT. — Le plus souvent la tuberculose de l'oreille se montre chez des enfants au-dessous de 4 ans. Scott opère égale-

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *The Journ. of Laryngol.*, 1910, n° 9-10.

ment aussi largement que possible la tuberculose de l'oreille. Le plus jeune de ses opérés était un enfant de sept mois. Le pronostic de ces opérations est favorable.

HUNTER TOD attire l'attention sur le fait que l'otite est souvent bilatérale, ce qui plaiderait bien pour une origine hématogène. Des signes précoces importants sont une odeur spéciale de l'écoulement, la pauvreté (?) de cet écoulement et la coexistence d'un eczéma léger. De même la fréquence de la paralysie faciale. Le pronostic des opérations dans ces cas ne lui paraît pas défavorable. La méningite tuberculeuse est plutôt rare comme terminaison. Ces malades meurent plutôt de granulie.

BARANY a constaté la présence du cholestéatome comme complication de l'otite tuberculeuse chez de tout jeunes enfants. Il ne croit pas que les perforations multiples du tympan soient un signe certain de tuberculose, à moins que ces perforations ne siègent tout près l'une de l'autre. Lui aussi est très radical au point de vue opératoire et n'hésite pas à opérer deux fois ces enfants.

DUNDAS GRANT croit également à la grande fréquence de la tuberculose de l'oreille chez les jeunes enfants. Quand on voit la membrane du tympan avant la perforation, on a l'impression que la caisse du tympan est bourrée de coton. La membrane du tympan n'est pas rouge, elle est d'une couleur jaune grisâtre.

JOBSON HORNE s'associe à tous ceux qui avant lui dans la discussion ont accepté les conclusions de Milligan. Il voudrait seulement rappeler que le même sujet a été discuté dans la même Société en 1903. A ce moment, l'opinion était que la fréquence de la tuberculose dans l'otite infantile ne dépassait pas 2 p. 100 ainsi que vient de le dire Westmacott.

BIRKETT. — Radiographie de la mastoïde. — Explication de la technique. La différence entre une mastoïde saine et une mastoïde malade est très saisissante. Sur tous les clichés on peut voir le sinus.

BARANY et WEST (Rapporteurs). — Diagnostic et traitement de la labyrinthite. — On distingue dans la labyrinthite une forme aiguë, une forme subaiguë et une forme latente. Quant aux moyens connus d'examiner les fonctions de l'appareil vestibulaire, Barany croit que l'épreuve calorique a plus de valeur que l'épreuve par la rotation. En opposition avec Mackenzie, l'épreuve galvanique lui paraît la moins fidèle parce que, même après destruction du labyrinthe, la réaction galvanique peut être positive du fait de

l'irritation du nerf. Les affections du labyrinthe peuvent être distinguées de celles du cervelet d'après la direction de la chute du malade. Dans la labyrinthite, le malade tombe dans la direction opposée au nystagmus. Cette régularité n'existe pas dans les affections cérébelleuses. Un changement dans la position de la tête influence la direction de la chute dans les affections du labyrinthe. Toutes ces épreuves du labyrinthe ne sont pas assez précises pour permettre le diagnostic des affections peu prononcées du labyrinthe. Le vertige est un symptôme très précoce, même quand l'affection du labyrinthe n'est pas très prononcée. Dans les cas de fistule du labyrinthe, tous les symptômes peuvent manquer, à part un peu d'étourdissement le matin. Pour rechercher le symptôme de la fistule, il faut se mettre juste en face du malade. Si, dans un cas de fistule, la réaction calorique est conservée, le symptôme de la fistule est très manifeste. La combinaison de labyrinthite avec abcès du cervelet est facile à reconnaître s'il existe un nystagmus spontané vers le côté malade combiné avec absences de la réaction calorique. S'il existe de la fièvre on peut penser à la méningite. Quelquefois il peut arriver que même, dans un abcès du cervelet, le nystagmus spontané soit dirigé vers le côté opposé. La différence avec la labyrinthite se fait dans ces cas par le fait de la durée du nystagmus spontané : dans la labyrinthite, ce nystagmus ne tarde pas à disparaître. S'il persiste pendant quelques jours, on peut affirmer l'existence d'une affection cérébelleuse.

C.-E. WEST. — **Traitement.** — Dans le labyrinthite aiguë, diffuse l'opération est nécessaire pour éviter soit la méningite, soit l'abcès du cervelet. On draine le mieux par ouverture du vestibule. Dans les cas de labyrinthite chronique, la radicale est insuffisante et doit être suivie de l'ouverture du labyrinthe. Si la labyrinthite est partielle, généralement localisée sur le canal demi-circulaire externe, on peut éviter la destruction totale du labyrinthe, mais ces cas réclament la radicale pour éviter précisément la perte du labyrinthe. Description de la technique opératoire, ouverture du promontoire, curettage léger et nettoyage du vestibule, etc.

Discussion.

LE PRÉSIDENT remercie M. Barany, qu'il appelle le grand pionnier dans le diagnostic des affections du labyrinthe.

SYDNEY SCOTT loue également la solidité des recherches de Barany et sa modestie. Personnellement il a constaté quelques inconvénients à ces examens du labyrinthe, surtout sous forme de réaction

subjective de la part du malade. Il emploie assez souvent le courant galvanique pour examiner le labyrinthe.

MACKENZIE. — Le nystagmus spontané n'a aucune valeur pour la localisation. Il est comme le vertige un signe indiquant le danger et invitant à rechercher la fonction du labyrinthe. Mackenzie a essayé de tirer des conclusions pratiques de la durée du nystagmus calorique sans y arriver.

DUNDAS GRANT trouve que, quant à la méningite et à la labyrinthite consécutives aux opérations faites sur les cavités de l'oreille moyenne, les expériences des différents chirurgiens sont très variables. Peut-être, dans le temps, quand on ne pouvait pas encore les reconnaître, beaucoup de cas de labyrinthites consécutives à des opérations radicales sur l'oreille moyenne n'ont pas été reconnus mais ne se sont sûrement pas compliqués de méningite.

HUNTER TOD croit également le danger de méningite labyrinthogène comme très exagéré. En trois ans, il a exécuté 402 radicales, et une seule fois le pus a été vu dans le conduit interne.

BARANY répond qu'à Vienne, sur 2 600 opérations exécutées dans les quatre dernières années, il a fallu ouvrir 400 fois le labyrinthe. 2 cas de mort seulement sont directement imputables à l'opération. Quand il s'agit de fistule, on ne peut pas donner une règle définitive. Une fistule du labyrinthe peut guérir sans qu'on y touche. Dans un cas par contre, le vertige a été si prononcé qu'il a fallu opérer et comme l'anesthésie générale était contre-indiquée dans ce cas l'opération a dû être faite sous anesthésie locale. Le résultat a été simplement surprenant. Au moment même où le labyrinthe a été ouvert, le malade déclara que le vertige avait disparu. Chez l'ouvrier, le vertige dû à la fistule réclame l'opération. Les plus dangereuses sont les fistules de la fenêtre ovale. Dans ces cas, une simple radicale peut être suivie de méningite. C'est la raison pour laquelle, dans ces cas, la fistule doit être opérée, même si l'audition n'est pas complètement abolie. Il faut opérer aussi si, pendant la radicale, l'étrier est luxé, et si l'opérateur n'est pas sûr que cet accident est arrivé, il faut attentivement surveiller le labyrinthe et opérer au moindre symptôme. L'ouverture du labyrinthe par le vestibule, ainsi que le conseille West, est une bonne opération; mais, à Vienne, on a l'habitude d'enlever toute la paroi postérieure de l'os pétreux pour avoir accès à la fosse postérieure.

LE PRÉSIDENT termine la discussion en disant que les noms de Jansen, Barany, Scott, West, seront intimement liés à l'histoire de la pathologie, et la thérapie du labyrinthe.

MACLEOD YEARSLEY. — Sur la valeur de l'ossiculotomie dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. — Les conclusions de ce travail s'appuient sur 70 opérations exécutées sur 65 malades, dont 5 opérés des deux côtés. L'âge des malades est entre 6 et 62 ans. Tous ont été opérés pour otorrhée chronique pour éviter la radicale. L'otorrhée datait de trois mois à plusieurs années. Dans la grande majorité des cas, soit l'enclume, soit le marteau était malade. L'audition a été améliorée dans 18 cas. Dans les autres cas, elle n'a pas été modifiée ou elle est devenue pire. L'écoulement, la principale raison pour laquelle l'opération a été faite, a disparu dans un tiers des cas. Il faut avoir soin, pendant l'opération, d'enlever la paroi externe de l'attique en même temps que les osselets et de bien curetter l'anneau tympanique.

Discussion.

LE PRÉSIDENT a toujours cru que l'ossiculotomie pouvait être une opération utile ; maintenant il est sûr du contraire.

HUNTER TOD a eu de bons résultats avec cette opération. Il existe des otites chroniques où, à la radicale, on trouve une mastoïde sclérosée, un antre tout petit. Pourquoi dans ces cas-là ne se contenterait-on pas de l'ossiculotomie, dont les suites offrent bien moins d'inconvénients et dont les résultats pour l'audition sont meilleurs.

SPICER s'associe entièrement à l'opinion du président, après avoir essayé pendant très longtemps l'ossiculotomie comme complètement injustifiée.

WEST a également abandonné cette opération. Si la suppuration se cantonne dans l'attique, il suffit d'enlever la paroi externe sans toucher aux osselets. Il ne faut pas croire que les dangers de cette opération sont moindres que ceux de la radicale. La paralysie faciale et la luxation de l'étrier surviennent même plus facilement et West connaît un cas où une méningite mortelle était due à cet accident.

BARR, MARK HOVELL, WESTMACOTT, MARIAGE et autres se prononcent contre l'opération.

YEARSLEY est étonné qu'un seul des membres partage son opinion. L'opération lui paraît très recommandable, surtout depuis qu'il est devenu plus familier avec la technique. S'il n'avait rapporté que ses derniers cas, sans tenir compte des premiers cas opérés, sa statistique eût été plus séduisante.

JOBSON HORNE. — Surdité et maladies de l'oreille dans leurs rapports avec les emplois publics, l'assurance sur la vie, la médecine

cine légale et les moyens de gagner sa vie, malgré cette infirmité. (Voir les *Analyses*.)

MARK HOVELL. — **Quelques remarques sur les relations des affections des muqueuses de l'organisme avec les otites moyennes.** (Voir les *Analyses*.)

Discussion.

BRYAN. — Les relations établies par Mark Hovell, surtout en ce qui concerne les muqueuses des voies respiratoires supérieures, se constatent aussi bien chez l'homme que chez la femme. Dans tous les cas, la fossette de Rosenmuller doit être vidée. Les pincés à cet effet ne sont pas recommandables. Jobson Horne attire l'attention sur l'existence des queues de cornet chez les tout jeunes enfants dont l'ablation lui paraît plus importante que celle des végétations adénoïdes.

STODDART BARR. — **Expériences concernant le traitement de la méningite à l'aide du lavage de l'espace sous-arachnoïdien cérébro-spinal. Communication préliminaire.** — L'auteur a fait l'expérience suivante prouvant la possibilité du lavage des espaces méningés. Le corps d'un enfant a été couché sur le côté droit. Après ponction lombaire, l'aiguille a été laissée en place. Derrière l'oreille gauche, le crâne a été trépané et un trocart introduit dans le ventricule latéral. D'un récipient contenant de l'eau colorée et suspendu au-dessus de la tête du cadavre, l'eau a été conduite à travers un caoutchouc dans le ventricule latéral, d'où, en moins d'une minute, elle a commencé à s'écouler à travers l'aiguille laissée en place après la ponction lombaire. En examinant le cadavre, on pouvait facilement se rendre compte que le liquide avait passé du ventricule latéral dans la quatrième ventricule, de là, à travers le trou de Magendie, dans l'espace sous-arachnoïdien, non sans avoir baigné toute la citerne cérébello-médullaire et interpedonculaire jusque dans la fosse sylvienne. Pendant que l'auteur s'arrangeait pour répéter ses expériences sur le singe, le hasard lui a fourni occasion d'essayer ce traitement sur un garçon de 15 ans, reçu en pleine méningite suppurée. Malheureusement l'enfant n'a survécu que quelques heures à cet essai de lavage antiseptique, quoique l'opération marchât très bien.

SECTION DE LARYNGOLOGIE (1).

Président : HERBERT TILLEY.

VON EICKEN. — **Sur la technique de la trachéo-bronchoscopie.** — Le meilleur éclairage est celui qui se trouve en dehors du tube, et la lumière fixée au tube facilite beaucoup la tâche aux débutants. Une fois le tube dans l'entrée du larynx, il faut le redresser, surtout chez les enfants, et passer aussi proche que possible de la commissure postérieure. Dans la bronche, le tube doit glisser le long de la paroi externe. On rencontre la plus grande difficulté dans les cas de bronchiectasie, à cause de la sécrétion fétide qui inonde constamment le tube. Pour éviter cet inconvénient, il faut coucher le malade pendant une heure avant la séance sur le côté sain du poumon pour que les cavités bronchiectasiques puissent se vider. Chez les enfants, à la suite d'une séance de trachéoscopie, peut se développer un œdème de la glotte nécessitant même la trachéotomie. On devrait, pour cette raison, employer seulement les tubes les moins larges. On ne peut pas se passer de cocaïne, adrénaline pour l'anesthésie, mais il faut être très prudent. Il ne faut pas essayer l'extraction des corps étrangers, dans tous les cas, par la bronchoscopie supérieure. Souvent et toujours chez les tout jeunes enfants il faudra faire la trachéotomie préalable.

PATERSON. — **Sur l'œsophagoscopie.** — Toutes les sources de lumière, lampe interne, lampe de Kirstein, électroscope de Brunnings peuvent être utilisées pour l'œsophagoscopie. La lumière fixée au tube est gênante quand il s'agit d'introduire les instruments, et c'est la raison pour laquelle Paterson se sert surtout de la lampe de Kirstein. On ne devrait jamais introduire une bougie à l'aveugle dans l'œsophage, ainsi que le recommande encore Guisez. Sauf chez les enfants et les personnes très nerveuses, l'anesthésie locale est suffisante. La position assise ne peut être maintenue que cinq à dix minutes. Pour les opérations de plus longue durée, il faudra coucher le malade. Pour introduire le tube œsophagoscopique, il faut se tenir exactement dans la ligne médiane et passer dans cette ligne au-dessus de la région interaryténoïdienne. Quand on voit la bouche de l'œsophage, on doit déplacer la tête du malade et

(1) Compte rendu par LAUTMANN, d'après *The Journ. of Laryngol.* 1910, n° 9-10.

prier le malade d'avaler. A cet endroit, le mandrin prouve quelquefois son utilité. Une fois dans l'œsophage, il faut aller avec le tube dans l'angle droit de la bouche. Des tubes en bec de canard sont moins nécessaires pour l'œsophage que pour le larynx. Le vieux tube rond, quoique plus difficile à introduire, devrait être préféré.

Discussion.

WILLIAM HILL recommande chaudement son propre œsophagoscope, dont l'introduction n'est pas plus facile que celle des autres œsophagoscopes, mais qui permet un bon éclairage et donne plein champ pour introduction des instruments. On dit généralement que l'œsophagoscopie est un procédé facile, mais il faut se rappeler que la perforation de l'hypopharynx est facile. Hill a lui seul a connaissance de 6 cas de perforation de l'hypopharynx en Angleterre avec 3 cas de mort. Le tube extensible est inutile pour l'œsophagoscopie, et sous ce rapport l'instrumentation de Brünings ne lui paraît pas avantageuse.

WAGGETT trouve que l'endoscopie est bien plus facile sous anesthésie générale. En chauffant la cocaïne, on augmente son pouvoir anesthésiant.

BRYAN raconte l'histoire d'un enfant qui a aspiré un grain de blé. En raison d'un œdème sous-glottique, il a fallu exécuter la trachéotomie. Le corps étranger a été expulsé par la brèche trachéale.

GUTHRIE trouve que l'éclairage avec la lampe de Kirstein est préférable à la lampe de Brünings dans le papillome du larynx chez les enfants.

LE PRÉSIDENT a une grande expérience de l'extraction des corps étrangers par voie endoscopique. Il conseille d'être très prudent avec l'œsophagoscope chez les tout jeunes enfants, car l'introduction du tube seule suffit pour occasionner des troubles respiratoires des plus intenses. Pour examiner le larynx des jeunes enfants, il y a avantage à les coucher sur le côté, tête fléchie, pendant qu'un assistant tire le larynx en avant. Tilley préfère aussi la lampe de Kirstein, mais en cas d'urgence six bougies ou une lampe de bicyclette ont dû lui suffire. Il recommande, à part l'administration de bromure, la succion de morceaux de glace.

VON EICKEN donne également du bromure si les circonstances le permettent, mais généralement, en cas de corps étranger, la rapidité de l'intervention est un facteur de la réussite. Chez les enfants, il faut se méfier de repousser la tête trop en arrière. Quant aux instruments de Hill, il ne leur accorde pas un avantage sur ceux de Killian.

SMITH FRASER. — Sténose choanale d'origine congénitale. — D'après un cas personnel et 75 autres retrouvés dans la littérature, Fraser essaye de prouver que l'obstruction nasale n'est pas la cause de l'ogivité du palais.

BIRKETT. — Sur la rhinite vaso-motrice. — Plusieurs conditions réunies donnent naissance à la rhinite vaso-motrice, dont les plus importantes sont un tempérament neuropathique, héréditaire ou acquis, changement de température et période de la vie. Birkett résume le traitement local de la façon suivante : 1^o galvanocautérisation des zones hyperesthésiées; 2^o cautérisations avec l'acide trichloracétique; 3^o scarifications de la muqueuse; 4^o résection du nerf nasal; 5^o sprays au biiodure de mercure, très douloureux; 6^o courant continu avec pôle positif dans la muqueuse nasale sous faible courant; 7^o injection d'alcool dans les filaments nasaux du trijumeau, l'auteur a eu des résultats très favorables dans 6 cas; 8^o dose croissante d'arsenic.

Discussion.

WOGGETT trouve que la communication de Birkett est du plus haut intérêt et d'actualité. Seulement les cas rebelles tombent sous l'observation du rhinologiste, d'où la difficulté où nous nous trouvons d'établir un traitement ordinaire. Il se peut bien que seule une certaine forme intense du traitement puisse réussir dans tous les cas, d'où le grand intérêt qui s'attache aux essais de Yonge de guérir la rhinite vaso-motrice par résection des filaments nerveux. Personnellement tout ce qu'il a essayé lui a laissé des doutes quant à l'efficacité du remède employé. Quant à la pathogénèse, il est certain que dans les formes de rhinorrhée paroxystique non saisonnière, les phénomènes morbides ne pourraient être la conséquence d'une irritation externe. On dit que chez ces malades les nerfs nasaux sont très sensibles. Si on fait l'épreuve à la sonde, on peut bien provoquer quelques éternuements, mais jamais un paroxysme d'éternuements avec rhinorrhée. Woggett ne croit pas non plus que la poussière ou le soleil puissent provoquer une crise de fièvre des foins. Woggett entre à la suite dans une longue dissertation sur les conditions normales. Il termine en disant que la rhinorrhée spasmodique est une maladie se prêtant admirablement à des recherches expérimentales.

A. FRANCIS. — Explication plausible de l'effet obtenu par la galvanocautérisation du nez dans les cas d'asthme et autres

affections vaso-motrices. — Depuis la dernière statistique publiée en 1902, le nombre des malades traités par Francis est de 1066, et les résultats, quant à l'amélioration, sont aussi bons que dans la première publication, quoique les guérisons définitives soient un peu moindres. Les bons résultats obtenus ont continué à être saisissants dans quelques cas, comme par exemple celui d'un malade, asthmatique depuis dix ans et soulagé immédiatement après la cautérisation. Plusieurs confrères qui n'avaient pas obtenu de résultats avec leurs premiers essais sont devenus plus heureux après s'être conformés à la technique. Les résultats en général étaient meilleurs quand l'intérieur du nez paraissait normal. La galvano-cautérisation a réussi entre les mains de Francis, aussi dans des cas de migraine, dans la maladie de Raynaud. Il lui a été également facile soit d'élever, soit de diminuer la tension artérielle, en cautérisant différents endroits de la muqueuse nasale. La diminution de la pression artérielle a été plus régulièrement obtenue que l'élévation de la pression. Comme explication de ces phénomènes variés, Francis rapporte la théorie de Bonnier.

Discussions.

WATSON WILLIAMS est convaincu que la rhinorrhée paroxystique est due à un trouble chimique.

LUC appelle l'attention sur les lésions qu'on constate après cocaïno-adréralisation du méat moyen. On verra quelquefois une dégénérescence myxomateuse de la muqueuse, quelquefois même des petits polypes. La résection de ces polypes et parfois du cornet moyen donne d'excellents résultats. En général les rhinologistes français sont plutôt contre l'usage du cautère.

TILLEY met en garde la prescription de l'adrénaline dans les cas de rhinite spasmodique. Dans un cas, il a vu une cyanose suivre son emploi. Contre les troubles de l'état général constants dans ces cas, l'usage de sels de calcium et de magnésium est recommandable.

FRANCIS a également vu trois cas très mal influencés par l'adrénaline. Il recommande de nouveau sa technique, dont le point important est de cautériser aussi légèrement que possible avec un cautère presque froid.

CAMAC WILKINSON. — **Le traitement de la tuberculose laryngée par la tuberculine.** — Très chaude recommandation de la tuberculine dans les cas chroniques de laryngite tuberculeuse. Des résultats durables contrôlés pendant plusieurs années ont été observés par l'auteur.

SECCOMBE HETT. — **Sur l'anatomie de la capsule de la tonsille et de son importance dans le traitement des maladies de l'amygdale.** (Voir les *Analyses*.)

D. MACKENZIE. — **L'énucléation de l'amygdale.** — Description de la technique.

Discussion.

SAINT-CLAIR THOMSON. — La tonsillectomie n'est pas une nouvelle opération puisqu'elle a été décrite par Celse. Saint-Clair Thomson lui-même la pratique depuis nombre d'années. Il se sert de la guillotine, après avoir libéré de toute part l'amygdale. Il reste néanmoins des amygdales pour lesquelles la guillotine n'est pas appropriée. Certainement l'opération demande une grande adresse.

DUNDAS GRANT admet qu'on peut obtenir de bons résultats avec la guillotine; mais il aurait des scrupules de la recommander comme procédé routinier.

LUC trouve que l'emploi de l'anse froide est parfois délicat, à moins de se servir de l'anse de Vacher.

LAMBERT LACK ne croit pas que la tonsillectomie deviendra jamais une opération de la pratique journalière; du reste, c'est inutile, car, dans la grande majorité des cas, un opérateur habile obtiendra de bons résultats avec la guillotine. Supprimer toutes les cryptes dans le pharynx est impossible.

LE PRÉSIDENT dit que l'opinion de l'assemblée paraît être empreinte d'un éclectisme quant au procédé et aux instruments à employer. L'« énucléateur » le plus enthousiaste ne fera pas d'énucléation chez de jeunes enfants avec amygdales pédiculées, comme d'un autre côté des amygdales enchatonnées et plates ne devraient plus être attaquées avec la guillotine, à moins qu'on ait pu, après libération entière, les attirer avec une pince. L'expérience de Tilley lui permet de dire qu'une hémorragie sérieuse ne pourra survenir que quand un chirurgien inexpérimenté exécutera des prises intempestives.

HEMINGTON PEGLER. — **Céphalée consécutive à l'obstruction nasale.** — L'auteur attire l'attention sur une céphalée particulière due à une tuméfaction du cornet inférieur moins connue que toutes les autres formes de céphalée rhinogène. Le diagnostic de l'origine nasale de la céphalée est toujours difficile. On peut faire l'essai avec de la cocaïne.

SCANES SPICER. — **Cancers de la gorge.** — Plusieurs cas rapportés.

WATSON WILLIAMS. — **Démonstration d'une plastique après opération de sinusite frontale.**

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE.

(XXXII^e réunion tenue à Washington les 3, 4 et 5 mai 1910) (1)

CH. GRAYSON. — **Les manifestations nasales de la neurasthénie.**

Les récents travaux de neurologie ont tracé une ligne bien marquée entre les neurasthénies héréditaire ou essentielle et la neurasthénie acquise, laquelle, étant symptomatique d'une auto-intoxication, exerce ses effets pernicioeux sur les centres nerveux. Pour le rhinologiste, il y a pratiquement peu de différence entre les deux. Les troubles nasaux de la neurasthénie doivent être différenciés de la fièvre des foins. Les causes déterminantes des premiers diffèrent de celles de la dernière, n'ont aucun rapport avec les saisons, les excitants végétaux ou animaux et sont soulagées par la vie au grand air, qui, par contre, aggrave les cas de fièvre des foins. Les causes des premières peuvent être d'origine centrale, tandis que celles de la fièvre des foins sont périphériques. Dans les manifestations nasales de la neurasthénie, la vasoparésie et la tuméfaction œdémateuse des cornets sont parfois si accentuées et la stase vasculaire si complète que l'incision des cornets donne issue à une grande quantité de sérum sanguin. Une telle affection, on le conçoit aisément, explique parfaitement les céphalées, l'apathie mentale et la mélancolie de nature neurasthénique. Dans ces cas une simple cautérisation des cornets est insuffisante. On drainera les cornets de leur sérum, par de multiples cautérisations et de larges scarifications. A l'intérieur, on prescrira des toniques, glycérophosphate de chaux ou de soude, associés à de hautes doses de strychnine.

SHENLYWE (Détroit) a fait, dans le cours de l'année dernière, des observations sur des pigeons voyageurs ayant fait de longs vols et auxquels il a sectionné la moelle. A l'aide du microscope, il a pu étudier l'action de la fatigue et constater une modification absolue dans les fines granulations des grosses cellules nerveuses de la

(1) Compte rendu, par TRIVAS, d'après *Med. Record*, 20 août et 3 sept. 1910.

portion antérieure. De telles altérations chez l'homme expliqueraient les névroses vaso-motrices variées que nous observons dans la neurasthénie. Il existe également une modification dans les sécrétions naturelles. La sécheresse des voies respiratoires supérieures dont ces neurasthéniques se plaignent souvent, sera promptement améliorée par l'emploi de poudre thyroïdienne de mouton. Les iodures rendent aussi de grands services.

PAYSON CLARK (Boston) dit qu'on ne peut faire le diagnostic de neurasthénie par le seul examen des fosses nasales. Dans quelques cas il a trouvé dans les deux antres d'Highmore une masse glaireuse dont l'enlèvement a débarrassé le malade de tous les symptômes qui affectaient beaucoup leur état général.

MYLES (New-York) a vu des cas analogues à ceux qu'a décrits M. Grayson et qui étaient dus à des sarcomes de la cloison ou à des sinusites. Dans d'autres cas, il y avait une tumescence des tissus qui a été améliorée par une intervention chirurgicale. Ces malades supportaient mal l'opération et restaient après profondément déprimés. Dans le cours de l'hiver dernier, il a vu des cas de douleurs cervicales particulières accompagnées d'adénites et de palpitations cardiaques où, la thyroïde sèche avait plutôt aggravé qu'amélioré l'état des malades.

SWAIN (New-Haven) dit qu'il existe dans les muqueuses de certains neurasthéniques des conditions anatomiques et des propriétés physiques qui les différencient de celles d'individus normaux. Leurs parois vasculaires sont plus minces, moins riches en tissu connectifs et en éléments musculaires. Ce changement dans la structure des parois des vaisseaux et l'hyperesthésie des terminaisons nerveuses sont des facteurs étiologiques suffisants.

GRAYSON répond qu'il ne ferait pas un diagnostic de neurasthénie d'après l'état de la muqueuse nasale. Cependant un grand nombre de malades manifestent les symptômes qu'il a décrits. Plusieurs de ces phénomènes peuvent être des affections autres que la neurasthénie. Diverses toxémies peuvent occasionner de la fièvre, de l'engorgement et de l'œdème des cornets, etc., mais ce sont là des phénomènes transitoires. Dans la classe de cas décrits dans sa communication, les symptômes sont continus. Ils sont dus à autre chose qu'à une toxémie; car ils sont améliorés par un traitement général, tandis que l'état local reste le même.

GORDON WILSON (Chicago). — **Sur quelques points dans l'anatomie comparée du larynx chez les anthropoïdes.** — Les recherches de l'auteur sont basées sur l'étude des larynx d'un

Chinois, d'un ourang-outang, de plusieurs singes macaques et d'un marmuset. Ces organes ont été comparés avec les larynx d'un homme de race blanche, d'un jeune lion et de quelques animaux domestiques, tels que chat, chien et cheval. Les traits caractéristiques du larynx du Chinois étaient : 1° une poche derrière l'aryténoïde, et, 2° un sinus antérieur qui sont l'une et l'autre caractéristiques du singe. Chez l'orang-outang, les ventricules laryngés et leurs appendices offrent les particularités suivantes : 1° leur union se fait antérieurement sur la ligne médiane ; 2° la poche et les sacs extralaryngés sont situés postérieurement derrière l'aryténoïde. Chez le *Macacus rhesus*, le plancher du ventricule est sur le même niveau que le bord de la vraie corde vocale, tandis que la bande ventriculaire est légèrement excavée. Antérieurement les vraies et les fausses cordes se rapprochent près de la ligne médiane. Il n'existe aucun canal comme chez l'orang-outang. D'autre part, les cordes de chaque côté sont séparées par un sillon vertical médian qui débouche dans le sac médian. Chez le marmot, l'ouverture entre la vraie et la fausse corde est une simple fente. Le ventricule arrive antérieurement jusqu'à 0^{mm},5 de la ligne médiane. Chez le *Rhesus*, elles sont séparées par un sillon médian longitudinal. A la partie supérieure de la gouttière médiane se trouve une dépression marquée que l'on croit être l'ouverture d'un sac médian, mais la dissection la plus minutieuse ne fait découvrir aucune trace de sac. Une sonde passant du ventricule dans l'appendice arrive dans une petite cavité dans l'os hyoïde, près de la ligne médiane. Le corps de l'hyoïde, mesurant 4 centimètre de large sur la ligne médiane, indique la position où les deux ventricules se rencontrent sans se fusionner.

La seconde partie du travail traite des rapports du muscle thyro-aryténoïdien avec la corde vocale. L'auteur expose ensuite les différentes théories relatives aux fonctions des sacs laryngés. Ils agissent comme résonateurs ; ils humidifient les cordes vocales (Frænkel) ; ils allègent la partie supérieure du corps et facilitent leurs escalades (des singes) (Vrolick) ; ils agissent comme projecteurs (sacs extralaryngés chez les singes) des vaisseaux du cou (Denker). Suivant l'auteur, dans des états émotifs, ces sacs inerts peuvent entrer en jeu, se distendre et changer de forme ; ils peuvent donner à la voix un ton d'une intensité particulière et significative. Il est porté à croire que le cri caractéristique des singes hurleurs n'a pas pour but d'effrayer les animaux ennemis, ainsi qu'on le croit généralement, mais est destiné à modifier la voix pour exprimer un état mental ou des émotions. Un singe est capable d'émettre une

demi-douzaine de sons différents. En ce qui concerne l'appendice, l'auteur discute ses variations de volume en rapport avec le laryngocèle et les sacs extralaryngés latéraux chez l'homme. Le laryngocèle est un élargissement de l'appendice qui se projette à travers la membrane thyro-hyôïdienne latérale et le muscle thyrohyôïdien. Certains élargissements de l'appendice sont pathologiques, c'est-à-dire que la présence d'une tumeur obstruant l'entrée du larynx occasionne une dilatation du ventricule. Mais, de façon générale, on les considère comme une hernie due à un affaiblissement congénital ou acquis de la membrane thyrohyôïdienne. Dans une étude comparée de la musculature se rapportant directement à la corde vocale, les faits saillants ont paru à l'auteur être une complexité du muscle thyro-aryténoïdien. Ces faits font penser à une fonction en rapports directs avec les vraies cordes vocales et leur action physiologique. Ils montrent le développement d'un mécanisme à l'aide duquel on peut obtenir un contrôle plus exact de l'appareil vocal. L'incorporation du muscle à la corde fera mouvoir celle-ci sous l'influence du système nerveux.

SHAMBAUGH (Chicago). — **Présentation de préparations microscopiques montrant les communications entre les vaisseaux sanguins de la dure-mère, de l'orbite et des fosses nasales.** — Ces relations vasculaires peuvent être démontrées par la grosse dissection, mais les vaisseaux de la muqueuse des sinus et ceux de la dure-mère et de l'orbite nécessitent des préparations microscopiques. Quand on a démontré que les vaisseaux de la dure-mère et du périoste orbitaire, ceux de la muqueuse nasale et sinusienne fournissent des rameaux pour irriguer les lames osseuses qui séparent ces organes on peut admettre l'existence, dans l'intérieur de ces lames, de connections entre les deux groupes de vaisseaux.

GOODALE (Boston). **Manifestations nasales et pharyngées de l'influenza à répétition.** — Dans le cours de ces dernières années l'attention de l'auteur a été attirée sur un groupe de cas présentant un syndrome bien défini. Ils étaient caractérisés par une infection primitive du tissu lymphoïde du pharynx ou du naso-pharynx, avec extension des phénomènes inflammatoires à la muqueuse des sinus, de la trachée et des bronches, avec disparition simultanée de l'inflammation du tissu lymphoïde. Dans les antécédents de tous les malades on trouvait l'histoire d'attaques annuelles de grippe à intensité graduellement décroissante. Au début l'examen révélait une rougeur et une tuméfaction des follicules lymphoïdes du pha-

ryn timer. Il importe de noter que l'invasion du tissu lymphoïde précédait toujours les troubles du nez et des voies supérieures. Une particularité importante était l'inflammation des cellules ethmoïdales et d'une région déterminée des bronches du côté malade. Il est également à remarquer que là où il y avait une déviation de la cloison le cornet moyen du côté concave était plus souvent pris que son congénère du côté opposé. Sur une série de 20 cas l'auteur n'a pu faire avorter une seule fois l'affection. Comme traitement, l'application des sels d'argent sur le pharynx enflammé abrège la durée de la maladie, mais la sinusite et la bronchite suivent leur cours normal. Au début, le repos au lit est le meilleur des traitements. Le séjour sur les côtes maritimes du sud n'a aucune action sur la maladie.

NEWCOMB (New-York) trouve que Deland, en Floride, est le meilleur climat pour les suites de la grippe.

CASSELBERRY (Chicago) a obtenu de bons résultats avec des cautérisations des follicules pharyngés; en ce qui concerne le climat, il donne la préférence aux régions sèches de l'ouest.

LOGAN (Kansas-City) considère le recessus pharyngé comme la porte d'entrée de l'infection dans ces cas. Il s'est servi avec succès d'une solution à 30 p. 400 de nitrate d'argent.

FLETCHER INGALS (Chicago). — **Le chorhydrate de quinine et d'urée comme anesthésique local.** — Depuis longtemps, l'auteur cherchait à trouver un agent qui produirait une anesthésie prolongée de la muqueuse pour calmer les crises du rhume des foins et de la rhinite hyperesthésique. Dans le traitement de cette dernière affection, il se sert de cet anesthésique plusieurs fois avant de faire des cautérisations profondes, linéaires, dans le cornet inférieur. Il combine 45 p. 400 de la solution d'urée-quinine avec 5 p. 400 d'une solution d'adrénaline à 1 p. 2000. Il a utilisé cette même solution, associée à l'anesthésie par l'éther, dans le larynx, la trachée et les bronches pour l'extraction de corps étrangers, chez des enfants. Elle lui a donné des résultats excellents dans une opération douloureuse sur cellules ethmoïdales, et aussi en injections sous-muqueuses, dans des cas de turbinectomie, ablation de polypes, de crêtes et résections sous-muqueuses de la cloison. Par contre, dans la fièvre des foins et dans la rhinite hyperesthésique, cet anesthésique n'a pas donné de bons résultats.

SOLIS-COHEN (Philadelphie) emploie depuis plusieurs années ce

médicament dans les fièvres paludéennes. Il a enlevé des tumeurs du larynx avec autant de facilité qu'avec la cocaïne. Il l'utilise également dans les interventions sur le naso-pharynx.

SHURLY a employé cet anesthésique dans la tonsillectomie, mais son injection est suivie d'une tuméfaction considérable. Il a observé un cas d'œdème de la glotte consécutivement à son emploi.

WINSLOW (Baltimore) se sert depuis quelques mois de cet anesthésique dans toutes les tonsillectomies; l'injection doit être faite avec une solution de 3 à 5 p. 100 quinze à vingt minutes avant l'opération. Malgré la production d'un œdème considérable, il n'a jamais eu de mauvais résultats.

SOLIS-COHEN a eu en traitement un cas grave de tuberculose laryngée. Une seule application d'une solution de 20 p. 100 de cet anesthésique a permis au malade d'avaler sans douleur pendant deux ou trois jours. L'anesthésie s'établit au bout de deux ou trois minutes.

INGALS clôt la discussion en disant qu'il a eu autant d'hémorragies avec cet anesthésique qu'avec tous les autres. Dans tous les cas, l'injection était suivie d'un œdème considérable. L'anesthésie est prolongée. Au début de ses essais avec ce produit, il l'a employé dans le nez, et l'hémorragie a été si intense qu'il a dû faire usage d'adrénaline.

GREENFIEL SLUDEA (Saint-Louis). — **Syndrome de la névrose du ganglion sphéno-palatin.** — La névralgie peut apparaître à la racine du nez, dans et autour de l'œil, dans la région de l'oreille, se propager à la mastoïde, à l'omoplate et dans des cas graves, à l'aisselle, au bras et aux doigts. Il existe en même temps une anesthésie du voile et du pharynx et, parfois aussi, de la partie antéro-inférieure du nez. Souvent la motilité du voile est atteinte; les piliers sont abaissés et la luette déviée du côté affecté. Le sens gustatif est diminué ou en retard sur le côté malade pour le sel, les substances sucrées et les amers appliqués au tiers moyen de la langue. Certains malades présentent une perversion du goût tandis que d'autres ont de la salivation. Trois des malades de l'auteur avaient de forts accès d'éternuement avec une abondante sécrétion séreuse ressemblant à celle de la rhinite nerveuse. La cocaïne en solution forte appliquée à la muqueuse nasale amène dans certains cas un soulagement immédiat; dans d'autres, d'une gravité moindre, le soulagement peut être permanent. Dans des cas de longue durée des injections d'alcool dans le ganglion ont amené la guérison complète. Dans la plupart des cas, trois in-

jections étaient nécessaires. Elles doivent être faites au trou sphéno-palatin.

MOSHER (Boston) a obtenu des résultats satisfaisants par la cauterisation du ganglion dans des cas de rhinite vaso-motrice et d'asthme.

GORDON WILSON (Chicago) dit que, tandis que les troubles dans les fonctions sécrétoires et vaso-motrices peuvent à la rigueur s'expliquer, les phénomènes gustatifs signalés par Shuder sont difficiles à concilier avec nos connaissances actuelles sur le trajet de ces fibres.

HARRIS MOSHER (Boston). — **Présentation d'instruments pour intubation directe du larynx.** — WINSLOW (Baltimore) s'est servi de ces instruments qu'il recommande chaleureusement.

SIMPSON (New-York) ne pense pas que cette méthode soit supérieure à l'ancienne méthode indirecte.

CLARK (Boston) a fait l'expérience de la méthode directe dans un cas de diphtérie chez un enfant. Il a trouvé l'instrument de Mosher très utile.

MOSHER. — **Les exostoses des sinus accessoires.** — Les exostoses des cavités accessoires présentent d'après l'auteur, beaucoup d'analogies avec les tumeurs kystiques des ovaires. Comme ces dernières elles prennent naissance de petits éléments, ont de petits pédicules et atteignent à la fin des dimensions beaucoup plus grosses que celles des éléments dont elles émanent. Les spécimens présentés par l'auteur les montrent également fréquentes dans les sinus frontal et sphénoïdal. Elles peuvent exister soit sous forme de tuméfaction bosselée, soit sous forme de simple saillie en bouton. Dans la première forme il y a périostite généralisée; dans la seconde, exostose vraie. Dans le sinus sphénoïdal, ce sont, dans la plupart des cas, des épines en forme d'aiguilles. Dans aucun des cas observés par l'auteur les tumeurs ne provenaient du plancher du sinus frontal, mais toujours des autres parvois. Il lui paraît raisonnable d'admettre que les grosses masses en bouton observées dans le sinus frontal étaient le résultat de traumatismes répétés. Il a vu plusieurs cas de sinusite hémorragique. On peut concevoir des zones d'hémorragie circonscrites dans la muqueuse sinusienne, la suffusion sanguine résultant d'une raréfaction d'air dans la cavité. Étant donnée une petite hémorragie dans la muqueuse, son organisation et sa calcification peuvent donner naissance à une exostose. Dans un cas personnel d'exostose du sinus frontal, l'auteur enleva la

masse par morcellement, mais il préfère de beaucoup se servir d'un foret mû par un tour de dentiste.

BALLENGER. — Opération radicale sur l'antre maxillaire. — L'auteur expose la technique que voici d'une nouvelle opération sur le sinus maxillaire : 1° sous l'anesthésie locale à la cocaïne, on pratique une incision dans le vestibule du nez, le long du rebord formé par l'angle naso-antral ; 2° décollement de la paroi antrale du périoste ; 3° ablation de l'angle naso-antral avec la pince coupante, jusqu'à ce que l'angle antérieur de l'antre soit ouvert au niveau du méat inférieur ; 4° ablation de toute la paroi naso-antrale à l'aide de la pince de Wagner au-dessous de l'insertion du cornet inférieur, à travers l'ouverture de l'angle antérieur. Pour l'ablation de la grosse partie de la masse sur le plancher du nez, on se servira d'un petit maillet et d'un ciseau, on fait ainsi une ouverture qui s'étend de l'extrémité de l'angle antérieur à l'extrémité postérieure de l'antre et du plancher du nez à l'insertion du cornet inférieur. Voici quelles sont d'après l'auteur, les avantages de ce procédé : 1° il est aussi radical que l'opération de Denker, parce qu'il donne un large accès dans l'antre pour inspection, curettage et traitement ; et 2° il est beaucoup plus conservateur, car il respecte le cornet inférieur, et l'opération peut être exécutée en quelques minutes avec une moindre perte de sang et sous l'anesthésie locale.

BRYSON DELAVAN (New-York). — L'influence de l'automobile sur les voies respiratoires supérieures. — La vie au grand air constitue un excellent exercice, mais les changements brusques de température, la radiation rapide de la chaleur corporelle, l'augmentation de la pression atmosphérique exposent à des affections diverses des voies supérieures ; la présence dans l'air des petits insectes ailés de poussières végétales et minérales sont des causes d'irritation. La négligence des chauffeurs pour leurs vêtements les expose à des dangers particuliers, et la trop grande vitesse a une fâcheuse influence sur les oreilles et augmente les bourdonnements. Il faudrait avoir de bonnes routes bien entretenues et goudronnées. Les gaz et la fumée d'échappement devraient être interdits.

NORVAL PIERCE. — Voie intranasale pour tumeurs de l'hypophyse sans incision externe avec relation d'un cas. — Le malade souffrait de diplopie, de cécité croissante et de céphalées ; on suspecta une tumeur du sinus sphénoïdal. A la rhinoscopie, on trouva du

muco-pus sur la portion du cornet moyen laissée au cours d'une opération antérieure. L'ablation de cette dernière et de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal a permis d'explorer la région ethmoïdale où l'on ne trouva rien. La décompression qui en est résultée amena un soulagement de douleurs qui dura seulement une quinzaine de jours. Peu après on fit une seconde opération qui comprenait les temps suivants : 1° anesthésie locale ; 2° ablation des deux cornets moyens ; 3° ablation de la cloison entre les lignes suivantes : *a.* une ligne verticale tirée de bas en haut du plancher du nez à la glabelle ; *b.* une ligne horizontale tirée en bas et en arrière depuis les rebords antéro-inférieurs des os du nez jusqu'au corps du sphénoïde ; *c.* une ligne diagonale interceptant l'extrémité inférieure de la ligne *a* et se terminant au point où le vomer vient se réunir au sphénoïde ; 4° ablation des parois antérieures des deux sinus sphénoïdaux et de la cloison qui les sépare ; 5° tamponnement de la cavité nasale avec de la gaze au néroforme. Après guérison, on procédera au second temps : 1° anesthésie locale ou générale ; 2° ablation de la paroi interne du sphénoïde et ponction exploratrice des parois de la tumeur, si elle est solide et kystique, on drainera ; si elle est solide, on l'enlèvera à la curette.

MACKENZIE (Baltimore) rappelle qu'un de ses assistants au *Johns Hopkins Hospital*, le Dr West, a déjà pratiqué plusieurs fois l'opération intranasale sur des cadavres ; son travail à ce sujet a été publié dans *The american medical Association*.

M. NYLES (New-York) a vu 3 cas de tumeur du sinus sphénoïdal, où on fut obligé d'enlever la cloison. Dans 2 cas on enleva l'os propre du nez d'un côté. On a pu facilement pénétrer dans le sinus et extirper la tumeur. L'hypophyse était bien visible et facile à aborder.

NORVAL PIERCE. — **Diagnostic des kystes dentigères du sinus maxillaire.** — Depuis plusieurs années, on divise ces tumeurs en folliculaires et périostiques. La première variété, extrêmement rare, a pour origine un trouble de développement qui détermine une dégénérescence du sac dentaire ; elle est cliniquement caractérisée par le fait que la dent à laquelle appartient le sac manque dans la dentition, à moins que cela ne soit une dent surnuméraire. La seconde variété a pour origine une périchondrite de la racine d'une dent complètement développée. Les microorganismes venant de la pulpe malade pénètrent dans la région périodontique par le

canal radiculaire. Les résidus épithéliaux participent au processus, et le résultat final en est un petit kyste situé à l'apex de la racine. Le sac est formé de tissu connectif revêtu d'épithélium. Le contenu du kyste varie selon la présence ou l'absence d'infection. Le kyste peut augmenter de volume et perforer la paroi antrale.

COFFIN (New-York). — **Affections oculaires dues à des maladies intranasales et sinusiennes.** — Les divers troubles oculaires observés dans les cas de l'auteur étaient les suivants : troubles de la circulation, engorgement veineux, étranglement de la papille, hyperémie, pâleur de la papille, rétrécissement concentrique du champ visuel surtout pour le rouge. L'auteur ne tire aucune conclusion, mais il est porté à croire que de nouvelles études des variations du champ visuel faciliteront beaucoup le diagnostic.

PARKER, qui avait examiné les yeux des malades mentionnés par M. Coffin, a trouvé parmi eux des cas avec de l'atrophie du nerf optique, dont un certain nombre était dû à des sinusites sphénoïdales et ethmoïdales.

COAKLEY (New-York) n'a pas trouvé de rétrécissement du champ visuel dans 3 cas de sinusite récemment observés par lui. Dans un autre cas, les sinus étaient atteints d'un côté, les yeux étaient normaux.

LWAIN (New-Haven) dit que, considérant les rapports du nerf optique avec les parois du sinus sphénoïdal, il est étonnant que celui-ci ne soit pas toujours affecté dans les lésions de cette cavité.

GREENFIELD (Saint-Louis) a vu un enfant qui souffrait de céphalées et qui devint subitement aveugle. Le méat supérieur était rouge et oedématié. Avec difficulté il parvint à réduire cette zone à l'aide d'adrénaline, et le lendemain, après avoir expectoré par la bouche une cuillerée à café de pus et de sang, l'enfant put recouvrir la vue.

CROSHY GREENE (Boston). — **Transplantation d'un cartilage costal dans le nez, dans un cas de difformité nasale.** — Il s'agit d'un jeune homme atteint d'une difformité du nez, suite d'un accident au cours d'une partie de football remontant à huit ans. A la suite du traumatisme, le malade eut un abcès de la cloison, affaissement symétrique du dos du nez. Sous l'éther et après les avoir séparées des muscles, l'auteur enleva une partie du cartilage des huitième et neuvième côtes, sans toucher au périchondre. Il pratiqua ensuite une incision verticale sur la cloison du côté gauche, juste en arrière de la jonction muco-cutanée, à travers cette incision,

les deux couches du septum furent séparées au bistouri, en avant et en arrière. A sa partie postéro-supérieure, la cavité ainsi formée a été agrandie en haut et en arrière, au-dessus de la dépression des os du nez, à l'aide d'une rugine qui sépara la peau et les tissus mous des os du nez. Un fragment de cartilage a été alors inséré, la plaie fermée avec une seule suture au catgut et les fosses nasales légèrement tamponnées. La guérison, eut lieu par première intention; à la suite de l'opération, il y eut seulement un léger gonflement du nez et un hématome s'est formé qui disparut au bout de quinze jours.

INGERSOLL (Aveland). — Sclérose syphilitique de l'oro-pharynx. — Il s'agit d'un jeune homme ayant eu un chancre syphilitique deux ans auparavant. A la date de l'examen, il avait de la difficulté à avaler les liquides, qui regurgitaient par le nez; les solides ne pouvaient être déglutis du tout. Le tissu cicatriciel ne laissait qu'un orifice central de 0^{cm},5 de diamètre; il n'ouvrait les parois latérales postérieures du pharynx buccal avec la langue. La respiration était difficile et le malade faible et émacié. On pratiqua une large incision; sur la paroi latérale du pharynx, de chaque côté, et l'on put alors obtenir une image du larynx qui paraissait normal. Un mois après la cicatrisation commença à se reformer; nouvelles incisions; on passait des bougies en caoutchouc plusieurs fois par jour. Après avoir été perdu de vue pendant cinq mois, le malade reparut avec une récurrence du rétrécissement. On pratiqua de nouvelles incisions, et les bougies furent remplacées par des tubes métalliques, et au bout de quelques temps la sténose fut guérie.

A. Mc COY (Philadelphie). — Observations sur les variétés des microorganismes qui existent dans les plaies consécutives aux opérations sur les amygdales. — Dans 9 cas sur les 20 examinés, l'auteur a surtout trouvé des streptocoques et des staphylocoques. Dans un cas, prédominait un bacille court, trapu, sporulé; dans un autre, un bacille également court et trapu, mais difficile à identifier. Dans 9 cultures il n'y avait aucun organisme prédominant, mais des colonies de cocci et des bactéries communes de la bouche; dans 4 cas était présent un gros diplocoque. Dans aucune des cultures on n'a trouvé le bacille Klebs-Löffler.

THEISEN (Albany). — Lymphosarcome du naso-pharynx et des amygdales. Résultat du traitement chirurgical et médical — Relation de 3 cas personnels.

CAS I. — Enfant de 14 ans, opéré sous anesthésie générale et soumis ensuite à l'action de l'arsenic jusqu'au point de tolérance. Le traitement eut d'abord pour résultat une amélioration passagère, mais l'enfant succomba tout récemment.

CAS II. — Homme âgé de 48 ans. La tumeur a été enlevée de l'amygdale gauche sous l'anesthésie cocaïnique. Peu après la tumeur récidiva dans le larynx, mais le siège primitif était indemne de tout dépôt néoplasique. L'arsenic paraît maintenir la récidive laryngée stationnaire, et à présent le malade se porte bien.

CAS III. — Homme de 32 ans, porteur d'une tumeur circonscrite, à l'amygdale droite. Ablation, par dissection de toute la glande. La plaie guérit, mais il est encore trop tôt pour se prononcer sur le résultat final.

BIRKETT. — **La vaccinothérapie.** — L'auteur formule les conclusions suivantes : 1° La vaccinothérapie stérilise les sinus accessoires du nez quand ils sont le siège d'une affection chronique ; 2° L'écoulement chronique de mucosités des cavités accessoires est dû non pas tant à une infection bactérienne qu'à la sécrétion habituelle ; 3° Les symptômes ne sont pas dus à l'infection, mais à l'hypersécrétion et à la rétention ; 4° Quoique la vaccinothérapie soit un précieux adjuvant au traitement, l'établissement d'un large drainage par l'ablation des masses polypôides et de la muqueuse hypertrophiée est bien plus important ; 5° Les cas de sinusite qui offrent des tendances à la chronicité doivent être traités par les vaccins homologues.

COAKLEY, se basant sur son expérience personnelle, dit que la flore sinusienne se compose des microorganismes suivants : streptocoque pyogène, *Micrococcus albus* et *aureus*, staphylocoque pyogène blanc et doré et *Bacillus mucosus capsulatus*. Les résultats thérapeutiques obtenus par lui jusqu'à présent, dans ses cas personnels, sont absolument sans valeur. D'autre part, cette méthode est tout à fait inoffensive. Avant l'emploi de la vaccinothérapie, les cas chroniques avaient souvent des périodes d'amélioration et d'aggravation. Dans quelques cas, on avait noté une certaine amélioration après la première ou la deuxième injection ; mais plus tard l'écoulement et les autres symptômes récidivaient et redevenaient ce qu'ils avaient été auparavant.

COBB a obtenu de bons résultats dans des suppurations chroniques des oreilles. Les résultats ont été moins favorables dans les cas d'affections du nez et des sinus ; il est vrai que les conditions anatomiques de ces derniers, en tant que cavités closes drainées par-

des orifices étroits ne sont pas les mêmes. Cependant, dans une série de cas de rhinites atrophiques, les résultats ont été meilleurs. Dans tous ces cas, il avait isolé un bacille en culture pure dont il n'a pu trouver nulle part la description. Il en a préparé un vaccin et fait des injections variant de 150 à 500 millions. Il s'en est suivi une amélioration générale dans l'odeur, la quantité des croûtes et la qualité de la sécrétion. Malgré cela, dans aucun de ces cas, on ne pouvait prétendre à une guérison absolue.

E. MAYER (New-York). — **Diverticules œsophagiens.** — Conclusions : 1° les examens seront faits de façon uniforme; l'œsophagoscope ne devra être employé qu'en dernier lieu, en se rappelant toujours le danger d'une rupture d'un anévrysme possible; 2° pour faire l'examen aux rayons X, l'introduction d'un petit tube rempli de grenailles de plomb peut remplacer le bismuth; 3° le diagnostic des diverticules œsophagiens est facile; 4° la chirurgie moderne offre beaucoup d'espoir pour ces malades.

CHEVALIER JACKSON (Pittsburg) dit que l'introduction d'une bougie est plus dangereuse qu'une œsophagoscopie bien faite.

GORDON WILSON (Chicago) montre un diverticule de l'œsophage chez un jeune lion mort d'un accès de suffocation. Il y avait aussi un épaississement de ce que Killian appelle le sphincter de l'œsophage.

CASSELBERRY (Chicago). — **Section en deux d'une grande épingle en acier transfixée dans la bronche gauche et extraite par la bronchoscopie inférieure.** — Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, ayant aspiré, dix semaines auparavant, une épingle à tête de verre. Le corps étranger mesurait un demi pouce (4 centimètres) et avait occasionné, pendant la première quinzaine, des quintes de toux avec des expectorations striées de sang. Les rayons X ont donné un résultat incertain, mais la bronchoscopie a montré que l'épingle était solidement transfixée dans la bronche gauche. Tous les moyens de l'extraire par les instruments ordinaire ayant échoué, il devint nécessaire de sectionner l'épingle en deux; mais il s'agissait d'empêcher une portion de tomber plus profondément dans l'arbre aérien, une fois la division faite. L'auteur fit faire, pour les besoins de la cause, un instrument ayant la forme d'une paire de ciseaux dont les extrémités étaient recourbées. Cet instrument permit, après section de l'épingle, de retenir le petit fragment dans le bec du morceleur et d'extraire le grand à l'aide d'une pince de Jackson.

RICHARDSON (Washington). — **Épithélioma de la corde vocale gauche.** — Homme âgé de 40 ans. A pris froid en octobre 1908. Depuis toussait et avait la voix rauque. A l'examen, on trouva la corde gauche congestionnée; il y avait une certaine prolifération près de la commissure antérieure. Le processus présentait un aspect qui ressemblait plutôt à la tuberculose qu'à une tumeur maligne. Au bout de quatre semaines de traitement, les symptômes s'amendèrent, mais localement, en ce qui concerne la prolifération, on constatait une légère aggravation. Un petit fragment examiné microscopiquement a révélé la nature épithéliomateuse de la tumeur. On pratiqua une thyrotomie sans trachéotomie préalable. La tumeur a été enlevée par la méthode sous-périchondrale ordinaire. Guérison *per primam* en quinze jours. Treize mois après l'opération, l'examen ne révéla aucune récurrence de la tumeur.

SOLIS COHEN a pratiqué l'opération sous-périchondrée il y a plusieurs années; le malade vit encore. Il a le premier appliqué la teinture de benjoin sur le cartilage dénudé. Tout dernièrement il s'est servi de nitrate acide de mercure, pensant qu'il pouvait y avoir des dépôts cancéreux.

BALLENGER a fait cette opération il y a un an et, il y a deux mois, son malade n'avait point de récurrence.

BERENS (New-York) a récemment rapporté un cas d'épithélioma du larynx chez un homme atteint de raucité de la voix depuis cinq ans. Après avoir extirpé les deux tiers antérieurs de la corde par voie intralaryngée, l'auteur fut obligé de pratiquer l'opération de Cohen (hémi-laryngectomie). La canule a été enlevée le troisième jour, et le malade guérit rapidement. A présent il parle et peut utiliser le téléphone sans difficulté.

COAKLEY, dans un cas personnel, a observé, à la suite d'une hémi-laryngectomie, une sténose consécutive ayant nécessité la trachéotomie. Je ne pense pas que la laryngectomie totale prolonge la vie du malade, mais il y a un an son patient se portait bien.

SWAIN relate un cas opéré par lui il y a trois ans sans récurrence jusqu'à présent. La voie est claire. Une bande de tissu cicatriciel a remplacé la corde vocale.

ÉMILE MAYER a vu, il y a deux ans, un jeune homme avec toutes les apparences d'un cancer, mais dont l'affection avait cédé à l'iode de potassium.

BRISON DELAVAN dit qu'il ne faut pas enlever par la voie endalaryngée un fragment de tumeur pour l'examen microscopique, si l'on n'est pas décidé à faire peu après une opération complète. En

agissant autrement on produit une irritation du néoplasme ou on en favorise l'accroissement.

HARMAN SMITH. — Un cas de syphilis laryngée. — Le malade, âgé de 25 ans, a été atteint, cinq ans après la lésion syphilitique initiale, d'une laryngite grave ; peu après on constata sur la corde vocale droite une masse polypoïde qui paraissait provenir du ventricule. Les mouvements de la corde étaient diminués ; il y avait rauçité prononcée de la voie. L'affection avait été d'abord considérée comme spécifique, mais la marche ultérieure et les changements locaux ont fait soupçonner soit la tuberculose, soit une tumeur maligne. L'histoire ultérieure du cas a confirmé le premier diagnostic. L'auteur termine sa communication en passant en revue les principaux éléments du diagnostic différentiel, qui peut parfois offrir de réelles difficultés.

COAKLEY (New-York). — Cas mortel d'asphyxie due à la compression de la trachée et des bronches par un ganglion médiastinal tuberculeux. — L'enfant âgée de 3 ans, atteinte de dyspnée faisant supposer une tumeur de la région sous-glottique. Rien aux poumons. Tentatives réitérées et infructueuses de bronchoscopie sous chloroforme qui faisaient cesser chaque fois la respiration ; trachéotomie d'urgence sous cocaïne. Mort une heure après. A l'autopsie, on trouva une masse ovoïde de 2^{cm},5 de long, qui comprimait la lumière de la trachée au point de l'obstruer presque complètement. Un nodule tuberculeux a été trouvé au sommet du poumon gauche. L'examen microscopique d'un fragment du nodule pulmonaire a révélé la présence de tissu lymphoïde, où il y avait de nombreux tubercules épithélioïdes. Les ganglions péritonéaux étaient manifestement hypertrophiés et montraient des débris de tissu lymphoïde avec de nombreux tubercules lymphoïdes contenant des cellules géantes, mais sans caséification. Le centre d'un seul nodule était caséux et infiltré.

M. BRYSON DELAVAN a vu un cas similaire, dont l'autopsie avait révélé un ganglion tuberculeux ayant comprimé la trachée ainsi qu'une tuberculose généralisée.

CHEVALIER JACKSON dit que, dans des cas semblables à celui-ci, on doit faire immédiatement la trachéotomie. Appelé une fois auprès d'un enfant atteint de dyspnée, il introduisit le bronchoscope et trouva les bronches obstruées par des matières caséuses. On pra-

tiqua une trachéotomie, mais l'enfant succomba quelques heures après. Les poumons étaient fortement tuberculisés, tandis que les ganglions ramollis avaient rempli les bronches de matières caséeuses.

FLETCHER INGALS rapporte le cas d'un enfant qui lui avait été adressé pour l'ablation d'un corps étranger des bronches; les symptômes de l'affection étaient typiques. Bronchoscopie sous anesthésie générale; mort sur la table d'opération. A l'autopsie on trouva un thymus considérablement hypertrophié.

SOLIS COHEN demande à M. Coakley de quel type était la dyspnée dans son cas : sus ou sous-sternale? En ce qui concerne la compression par un thymus hypertrophié, il a vu des cas où la dyspnée avait immédiatement cessé après une incision faite à travers cette glande.

COAKLEY répond que, dans son cas, la dyspnée était à la fois inspiratoire et expiratoire. L'enfant ne toussait pas du tout, quoique au début on avait pensé à la coqueluche.

FRANCIS PACQUARD. — **Papillomes récidivants du larynx depuis trente ans ayant nécessité deux thyrotomies.** — Les principaux points d'intérêt de ce cas résident dans les faits suivants :

- 1° La longue période de temps pendant laquelle le malade était resté en observation et avait suivi un traitement ;
- 2° Absence de tout changement dans la nature du néoplasme ;
- 3° Récidives de la tumeur malgré les ablations répétées.
- 4° Absence de toute tendance à la dégénérescence maligne malgré les opérations et les traumatismes réitérés.

PRICE BROWN. — **Nouvelle communication sur les opérations pour tumeurs malignes des voies respiratoires supérieures.** — L'auteur revient sur les 3 cas de sarcome du nez qui avaient été l'objet d'une communication à l'association, il y a un an. Dans 2 cas il y eut récurrence de la tumeur dans le cornet moyen et à la partie supérieure des choanes. Il eut à nouveau recours à l'électro-cautère. Les 2 malades sont encore en traitement; ils travaillent et n'ont pas eu d'hémorragie. Il ne tamponne jamais le nez après une opération et croit qu'il serait imprudent d'enlever de nouveaux fragments pour l'examen microscopique.

**SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉTAT DE PENNSYLVANIE.
SECTION DES MALADIES DE L'OREILLE, DU NEZ
ET DU LARYNX ⁽¹⁾**

Séance d'octobre 1910

BRAVEN KYLE. — Diagnostic histologique dans les néoplasies laryngées. — L'auteur insiste sur la nécessité d'un examen microscopique. On notera la présence ou l'absence de tissu inflammatoire; le malade sera surveillé de façon qu'on puisse observer tous les phénomènes cliniques.

CHEVALIER JACKSON. — Traitement des néoplasmes laryngés. — L'auteur étudie d'abord le traitement médical, la radio et radium-thérapie, ainsi que le traitement chirurgical, qu'il divise en méthodes endolaryngée et en chirurgie interne.

VLOTZ dit que le diagnostic microscopique donne quelquefois des résultats douteux, qui n'autorisent pas à porter un diagnostic ferme. Pour lui, il existe un type de papillome ayant des qualités malignes. Dans son expérience, toutes les lésions laryngées de la syphilis donnent une réaction positive de Wassermann.

M. BAYCE a obtenu 77 résultats positifs de la réaction de Wassermann dans la syphilis tertiaire; à cette période les lésions peuvent être confondues avec celles d'une tumeur maligne.

MAC GUEN SMITH. — Manifestations auriculaires de la syphilis. — La syphilis primaire de l'oreille est rare. Le pavillon est sujet aux éruptions secondaires habituelles, condylomes et ulcérations. Dans l'oreille moyenne les inflammations de nature syphilitique sont sous la dépendance des mêmes lésions que dans le naso-pharynx. Les obstructions et rétrécissements de la trompe sont souvent le résultat d'ulcérations occasionnant de la surdité prononcée. La syphilis du labyrinthe provoque de la surdité nerveuse et constitue une des plus graves complications auriculaires de la syphilis.

G. STONT. — Syphilis du nez et de la gorge. — L'auteur divise la syphilis de ces organes en congénitale, héréditaire et acquise, et chacune de ces formes en trois périodes classiques: primaire,

⁽¹⁾ Compte rendu par TRIVAS, d'après *Medical Record*, 5 nov. 1910.

secondaire et tertiaire. Il étudie la marche, la durée, le diagnostic et le traitement de ces différentes manifestations.

AL UHLE dit que, lorsque des plaques muqueuses ne réagissent pas au traitement mercuriel, il est utile d'ajouter l'iodure de potassium, qui a une action destructive sur le noyau de cellules rondes. Son expérience personnelle l'a convaincu que la réaction de Wassermann est un des plus grands progrès accomplis dans l'étude de la syphilis. Sur 100 et quelques réactions prises au *Philadelphia Hospital* dans un seul cas le diagnostic clinique et la réaction de Wassermann étaient en contradiction. Il emploie la réaction telle qu'elle avait été décrite par Wassermann lui-même, et non pas une de ses modifications variées.

HOMER MC CREADY. — **La température dans l'hypertrophie des amygdales et les adénoïdes.** — La température a été prise dans 200 cas opérés d'hypertrophie des amygdales et de végétations adénoïdes. Les cas où la température dépassait 38° étaient considérés comme inopérables. Plus de 30 p. 100 des cas avaient une température vespérale qui variait de 38°, 5 à 38°. Dans la plupart des cas, l'hyperthermie était due à de légères manifestations tuberculeuses dans les poumons, de la bronchite chronique, des troubles gastro-intestinaux, etc. Ces affections avaient été primitivement occasionnées par l'hypertrophie des amygdales palatine et pharyngée.

DELMAR RITCHIE. — **L'amygdale et le chanteur.** — Conclusions : 1° dans les troubles amygdaliens chez le chanteur, le traitement local trouve une application beaucoup plus large que dans toutes les autres catégories de malades ; 2° une amygdale petite, mais plongeante, est souvent plus désastreuse pour la voix qu'une tonsille très grosse ; 3° tout chanteur doit avoir un bon état général pour pouvoir donner toute la mesure de sa voix ; 4° l'opinion erronée que l'ablation des amygdales occasionne une altération de la voix et du pouvoir auditif doit être attribuée à l'opération incomplète telle qu'elle se pratiquait jusqu'à ces dernières années ; 5° une tonsillectomie complète améliore la voix dans toutes ses qualités essentielles, si les piliers et les muscles adjacents n'ont pas été traumatisés aux cours de l'opération.

SOCIÉTÉ DES PRATICIENS DE NEW-YORK¹.*Séance du 2 décembre 1910.*

GORHAM BACON. — **Cas insolite d'exostose du conduit auditif externe.** — Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui, six ans auparavant, avait été atteint d'une otite moyenne purulente aiguë. Pendant les trois premières années, il n'avait suivi aucun traitement; depuis trois ans, il souffre de bruits dans l'oreille et d'un écoulement intermittent. Dans le conduit auditif gauche, l'examen fit constater la présence d'une petite tumeur arrondie, blanche, du volume d'un pois, obstruant presque complètement le conduit; à peine un fin stylet pouvait passer entre l'exostose et le conduit osseux. La région mastoïdienne était sensible, respiration, 22; pouls, 96. Opération sous chloroforme. Décollement du pavillon. La tumeur était attachée au quadrant postéro-supérieur. L'exostose a été enlevée à l'aide d'une gouge. Le tympan était détruit et l'oreille moyenne remplie de granulations et de masses cholestéatomateuses. On ouvrit alors l'antre et l'on pratiqua un évidement pétro-mastoïdien. L'opération a été suivie d'une paralysie faciale qui disparut au bout de quelque temps. Ce qui fait l'intérêt du cas, c'est l'absence des symptômes douleurs, nausées, vertiges, malgré la rétention du pus produite par la tumeur qui empêchait le drainage de l'oreille moyenne.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE².*Séance du 20 janvier 1911.**Président: FRÄNKEL.**Secrétaire: ROSENBERG.*

ECKSTEIN. — **Guérison durable de l'ozène après injections de paraffine dure.** — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, chez laquelle

(1) Compte rendu par TRIYAS, d'après *Medical Record*, 14 janvier 1911.

(2) Compte rendu par LAUTMANN, d'après *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1911, nos 9-11.

la paraffinisation a été très difficile. En plusieurs mois, dix-huit séances ont été faites. Le résultat était d'autant plus beau que la patiente a pu se fiancer. Ekstein a employé la paraffine dure avec points de fusion de 50 à 52°. Eckstein n'a jamais eu d'accidents à déployer après paraffinisation, seulement il ne faut pas employer ni paraffine molle ni ramollie. On n'obtient pas la guérison dans l'ozène, mais par contre de complets échecs sont exceptionnels.

Discussion.

FRÄNKEL fait part d'un procédé, non encore publié, de Hutter qui, au lieu d'injecter, fait des implantations sous la muqueuse de petites lamelles de paraffine.

ECKSTEIN ne considère pas ce procédé comme nouveau, mais rappelle qu'il l'a exécuté déjà en 1903. Il ne conseille pas de donner à l'implantation la préférence sur l'injection, (difficultés de technique, dangers d'infection etc.).

ROSENBERG ne peut pas se défendre d'un certain scepticisme quand on lui parle de cas prononcés d'ozène guéris par la paraffinisation.

FRÄNKEL. — Le fait que la malade s'est fiancée ne prouve pas qu'elle était réellement guérie. Il rapporte l'histoire d'une jeune fille très riche, de bonne famille, atteinte non seulement d'ozène nasal, mais aussi d'ozène trachéal, répandant une odeur formidable. Grand fut l'étonnement de Fränkel quand, un jour, elle lui amena un jeune homme en le présentant comme son mari; Fränkel se dit alors que l'argent doit tout de même couvrir beaucoup de choses. Après la consultation de la malade, elle pria Fränkel d'examiner son mari. Celui-ci constate alors avec une certaine satisfaction que le mari était atteint d'anosmie complète.

SCHOETZ n'a jamais remarqué une guérison absolue de l'ozène après les injections de paraffine, mais souvent des améliorations très notables même dans les cas où, à cause de l'atrophie trop prononcée de la muqueuse, la paraffine fuyait après chaque injection.

SOBERNHEIM a vu un cas d'ozène qui pendant neuf mois paraissait complètement guéri à la suite d'injections de paraffine. Quelques élèves qui ont vu la malade après traitement ont même diagnostiqué de la rhinite hypertrophique. Au bout des neuf mois la malade a été revue. Son état était redevenu tel qu'il était avant l'emploi de la paraffine. Cette dernière avait été complètement résorbée.

SCHIEER considère la paraffinisation comme le meilleur traitement actuel de l'ozène. Le cas de Sobernheim est analogue à un cas que

Scheier a observé lui-même. Il s'agissait d'une femme de 28 ans qui est restée guérie de l'ozène pendant un an et demi. Un jour elle a mouché un bloc de paraffine qui probablement est sorti par une déchirure de la muqueuse.

Malgré la perte de la paraffine les phénomènes ozéneux n'ont pas réapparu.

ECKSTEIN voudrait faire remarquer que l'accident de résorption de paraffine arrivé à la malade de Sobernheim n'est possible que si l'on emploie de la paraffine fusible autour de 48°. Avec la paraffine dure, la résorption n'est pas à craindre.

SCHIEIER. — Adénocarcinome du nez. — Cas typique d'adénocarcinome occupant toute la fosse nasale gauche et le sinus maxillaire chez une femme de 55 ans. Résection du maxillaire supérieur avec ligature de la carotide externe sous anesthésie locale. En dehors du maxillaire supérieur gauche, Bier a dû enlever tout le vomer, le cornet inférieur et le palais du côté droit. L'opération a pu être exécutée sans la moindre douleur et sans la moindre perte de sang. La malade a quitté le lit le lendemain de l'opération. Elle porte une prothèse qui lui permet de parler d'une voix à peine altérée.

A. MEYER. — Sur le diagnostic de la sinusite frontale aiguë, par les rayons X. — Deux radiogrammes sont présentés, montrant l'évolution de la sinusite frontale.

Séance du 10 février 1911.

Président : FRANKEL.

Sécrétaire : ROSENBERG.

ROSENBERG. — Carcinome du cavum. — Sur les 2 cas présentés, l'un concerne un malade de 30 ans, chez lequel le cancer paraissait avoir pris son développement très probablement dans le sinus ethmoïdal. Le malade ne se plaignait que d'obstruction nasale et de légers bourdonnements d'oreille à gauche. A la rhinoscopie, on voyait dans la région des cellules ethmoïdales postérieures et de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal une masse blanchâtre qu'on a pris au début pour du pus. L'examen ultérieur a montré que le cancer s'était développé dans le cavum, d'où il a fait irruption dans le sinus ethmoïdal. Au point de vue opératoire,

Rosenberg conseillait l'abstention. Peut-être pourra-t-on essayer l'électrolyse et un traitement arsenical intense.

HUGO LEVY. — **Épithélioma bénin.** — Une malade de 40 ans a été opérée pour de soi-disant polypes du nez siégeant dans la partie postérieure du méat moyen. L'examen microscopique correspond exactement à ce que les anatomo-pathologistes décrivent sous le nom d'épithélioma bénin.

Discussion.

A. MEYER. — La bénignité de ces tumeurs est seulement relative. Il a observé plusieurs cas qui ont récidivé assez longtemps avec les caractères bénins jusqu'à ce que, un jour, le cancer soit devenu manifeste. On connaît de 20 à 30 cas dans la littérature. La désignation d'épithélioma bénin donnée à ces tumeurs par Heymann paraît à Meyer bien choisie.

PELTESOHN. — **Gomme nasale.** (Voir les *Analyses*.)

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 1^{er} juin 1910.

Président : ROTH.

MARSCHIK. — **Traitement des sténoses cicatricielles de l'entrée du nez.** — Par les opérations seules, on ne peut pas obtenir des résultats suffisants. Il faut ou les remplacer ou leur ajouter la dilatation progressive pour laquelle les dilateurs variés ont été indiqués. Il est préférable de choisir des dilateurs en caoutchouc durci, qui se maintiennent automatiquement.

KAHLER. — **Laryngostomie.** — Le malade a dû être trachéotomisé au cours d'une fièvre typhoïde il y a deux ans. Depuis existe une sténose de la glotte de 1 millimètre de largeur. Malgré thyrotomie et dilatation avec les tubes de Schrötter, pas d'amélioration. En conséquence, Kahler fait la laryngostomie.

(1) Compte rendu par LAUTMANN d'après *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 1911.

GLAS. — Tuberculose miliaire de la cavité bucale. — Un tuberculeux avéré atteint de laryngite et orchite tuberculeuses présente, près du ligament de la langue, des petits tubercules sous-muqueux de couleur blanc jaunâtre. Il se produit tous les jours de ces petits tubercules, dont on peut constater l'existence moins marquée sur le voile et sur la luette.

GLAS. — Présentation du radiogramme d'un kyste sinusal. — Cliniquement, ce cas est remarquable par une tuméfaction du plancher de la fosse nasale, signe de Gerber, repoussant le cornet inférieur et touchant le septum. Le kyste part de la racine de la petite incisive. Au point de vue du traitement Glas se décidera soit à l'opération de Luc, soit à celle de Denker.

Discussion.

WEIL a guéri un malade atteint d'un kyste analogue par injection d'une solution forte de nitrate d'argent. Il lui paraît rationnel d'essayer ce mode de traitement, puisqu'il s'agit en somme de détruire seulement l'épithélium du kyste.

ROTH a eu occasion de soigner un kyste qui s'était ouvert spontanément en laissant une petite fistule suppurer. Après dilatation de la fistule et cautérisation au nitrate d'argent, il a amené la guérison au bout de quelques mois de traitement.

GLAS ne peut pas accepter ces conseils thérapeutiques qui demandent beaucoup de temps et dont le résultat est aléatoire. Il a opéré plusieurs kystes d'après la méthode de Luc et toujours avec bons résultats.

HANSEL. — Œdème angio-neurotique du pharynx. — L'œdème s'est développé à la suite d'une opération gynécologique faite sous chloroforme. Dans l'espace d'une heure, tout le côté droit du pharynx était œdématié. L'œdème allait jusqu'au larynx. On avait déjà fait tous les préparatifs pour une trachéotomie quand l'œdème a disparu aussi vite qu'il était venu.

KOFLER. — Deux cas de corps étrangers de l'œsophage. — Trois jours après l'extraction d'un os pointu fixé à 20 centimètres de l'arcade dentaire, dans l'œsophage d'une femme de 65 ans, s'est développé une péri-œsophagite avec médastinite suivie de mort.

MENZEL. — Présentation d'un nouvel écarteur. — Pour opération de sinusite maxillaire.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE.

Séance du 19 décembre 1910.

Président : POLITZER.

Secrétaire : BONDY.

FREY. — **Affections simultanées de l'acoustique et du facial d'origine rhumatismale.** — Malade de 22 ans fait brusquement de l'herpès au niveau de la partie de la langue innervée par la corde tympanique. Quelques jours plus tard, paralysie périphérique du facial et surdité. La paralysie n'intéresse que la partie cochléaire.

Discussion.

RUTTIN aura occasion de faire paraître un mémoire sur le même sujet. Cette affection peut en imposer pour une otite aiguë, et il est arrivé à Ruttin de recevoir un malade pour trépanation de la mastoïde qui, en réalité, n'était atteint que d'une paralysie combinée du facial, de l'acoustique et du trijumeau.

POLITZER a déjà depuis longtemps signalé cette pseudo-otite, qui en réalité n'est qu'une paralysie du facial avec herpès. Quand la corde tympanique est prise, le siège de la maladie occupe la partie du facial qui est séparée du labyrinthe par une mince feuille osseuse. Il se peut que dans ces cas l'inflammation du facial se propage au labyrinthe, où elle provoque le trouble acoustique.

Discussion des rapports (de Alt, Hammerschlag, Frey, Ruttin; voir les Analyses) sur les accidents du travail.

ALT ne croit pas que l'otosclérose puisse être provoquée ou aggravée par un accident, mais il admet que l'accident peut provoquer une affection du labyrinthe, qui alors pourrait s'ajouter à l'otosclérose. Si nous admettons que l'otosclérose peut être due à un accident, nous aurions beaucoup de rentes à proposer. Les mêmes difficultés surgissent quand il faut décider si une surdité

(4) Compte rendu par LAUTMANN, d'après *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1911., n°1.

professionnelle a été aggravée par l'accident. Enfin une dernière difficulté, signalée par Alt, est le pronostic qu'il faut faire sur les phénomènes vestibulaires causés par l'accident. Personnellement il a vu qu'il s'établit une accommodation à ces troubles, et l'expérience contraire de Ruttin sur la longue persistance du vertige après lésions partielles des canaux circulaires lui paraît exceptionnelle. En tout cas, quand l'appareil vestibulaire est totalement détruit, l'accommodation se fait très rapidement.

NEUMANN. — La surdité professionnelle est caractérisée par sa marche progressive, l'absence de vertiges et de bruits subjectifs. C'est le même tableau que l'atrophie sénile de l'acoustique. Il est très probable que l'otosclérose peut être aggravée par un accident, mais l'aggravation est due à une lésion du labyrinthe dans ces cas.

ALT croit que tout le monde est d'accord pour ne pas voir dans l'otosclérose une suite d'un accident.

POLITZER. — Il est hors de doute qu'une otosclérose existante peut être aggravée par un traumatisme de la tête. Par contre si, à l'examen fait pas trop longtemps après l'accident, nous trouvons les signes nets de l'otosclérose, et si le malade affirme avoir bien entendu de cette oreille avant l'accident, nous pouvons conclure à l'exagération.

FREY trouve qu'en pratique la question est rarement posée si l'otosclérose est due à un accident. Mais puisque nous savons que l'otosclérose peut être influencée psychiquement, il n'est pas improbable d'admettre qu'un accident puisse l'aggraver.

SOCIÉTÉ ÉCOSSAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Première réunion tenue à Edimbourg le 11 novembre 1910 (1).

PORTER présente un malade âgé de 20 ans ayant subi une opération sur le *labyrinthe droit*. Des granulations ont été enlevées de la région du canal horizontal, mais les autres canaux et le limaçon n'ont pas été touchés. Le vertige disparut, et le malade put reprendre son emploi; mais à présent il se plaint de violents bourdonnements. L'auteur demande si l'on doit envisager l'opportunité d'une autre intervention chirurgicale.

(1) Compte rendu par TRIVAS, d'après *The Glasgow med. Journ.*, janv. 1911.

KERR LOVE et UROMAS BARR se prononcent contre toute opération.

PARKHARSON conseille l'emploi de courants de haute fréquence et des injections de fibrolysine.

PORTER relate également le cas d'un malade avec du *nystagmus de la corde vocale droite et du voile du palais*. Les mouvements de la corde consistaient en une adduction rapide et une abduction plus lente; pouls, 150 à la minute. L'auteur pense que le phénomène était dû à une lésion cérébrale bilatérale, probablement associée à l'artériosclérose. Le malade mourut subitement, mais aucun examen nécropsique n'a pu être fait.

LITHGOW lit une note sur une *sinusite frontale double avec complication intracrânienne*. Il y avait une insuffisance de la paroi cérébrale du sinus droit, à travers laquelle se présentait une masse fongueuse de tissu cérébrale nécrosé. L'opération fut suivie d'une guérison complète.

FRASER relate un cas simulacre qui s'est terminé par la mort.

Chez ce malade la suppuration sinusienne s'est compliquée d'un abcès extra et intra dural dans la région frontale.

SYME, au cours de la discussion, attire l'attention sur la fréquence croissante avec laquelle sont publiés des cas de complications intracrâniennes de la sinusite frontale et montre que, lorsqu'il s'agit d'intervenir sur le sinus, il faut tenir compte de ce danger.

TUBNER dit qu'en plus de ces 2 cas, un autre de même nature a été observé à *The Edinburgh Royal Infirmary*, ce qui fait 3 dans la même année. Il rappelle la statistique de Gerber, qui a réuni 150 cas de complications intracrâniennes consécutives à la suppuration de l'une ou de l'autre des cavités accessoires du nez.

FRASER rapporte un cas de *labyrinthite avec mort par leptoméningite*. La méningite existait déjà probablement au moment de l'admission du malade à l'hôpital. Ouverture du labyrinthe par vestibulotomie double. L'auteur montre ensuite, à l'aide de projections, les différentes parties de l'oreille interne après l'opération. Il y avait du pus dans toutes les spires du limaçon, surtout dans la rampe tympanique, dans le canal endolymphatique et périlymphatique. Le processus inflammatoire pouvait être suivi jusqu'au méat auditif interne de la rampe du limaçon, le long des branches du nerf cochléaire.

MALCOLM FARQUHARSON présente :

1^{er} Un malade avec des symptômes de *rhinorrhée cérébro-spinale*. L'affection s'est déclarée à la suite d'une chute grave sur la partie postérieure de la tête; le liquide qui s'écoule de la fosse nasale gauche est clair, limpide et présente tous les caractères chimiques

du liquide céphalo-rachidien. Avant que l'écoulement s'établît, le malade souffrait de violentes céphalées. Il existe à présent une atrophie optique double et complète, et du côté droit de la surdité à type nerveux. Les fosses nasales sont rétrécies, mais, à part cela, paraissent normales.

TURNER pense à la présence d'une tumeur intracrânienne et conseille de faire examiner le malade par un neurologue. M. Syme propose de faire une ponction lombaire.

2° Une jeune femme ayant des attaques de paralysie angio-neurotique de l'acoustique droit. Elle est subitement prise de vertiges, de surdité et de violents bourdonnements accompagnés de pâleur de la face et de nausées. Au bout de quelques minutes, tout rentre dans l'ordre, et la malade recouvre son état normal. Sous l'influence de la radiothérapie et de l'électrisation du sympathique dans le cou, avec des injections d'adrénaline au millième, les attaques sont devenues moins fréquentes et moins fortes.

3° Un malade ayant subi l'opération de Rouge pour pouvoir traiter un *vaste lupus des fosses nasales*.

4° Un homme atteint d'une *tumeur épithéliomateuse du pharynx* et chez qui les rayons X et le radium ont amené une diminution du volume de la néoplasie avec soulagement de la douleur.

5° Un cas de *gros polype choanal* du côté gauche. A la rhinoscopie postérieure, on pouvait voir que la tumeur s'attachait à la partie postérieure du méat moyen.

6° Un malade avec un papillome attaché au tiers antérieur de la corde vocale gauche.

7° Un homme atteint d'une malformation congénitale du larynx. La proéminence aryénoïde gauche est beaucoup plus petite que la droite, probablement par suite de l'absence des cartilages accessoires. Les mouvements des cordes sont normaux.

LOGAN TURNER présente les cas suivants :

1° Une femme avec une *grosse tuméfaction sur le plancher de la fosse nasale gauche*. Cette tuméfaction était tendre et recouverte de peau et franchement mobile. Turner porta le diagnostic de kyste par rétention d'une des glandes muqueuses du voisinage.

2° Un cas de tuberculose laryngée auquel on avait injecté une solution à 85 p. 100 d'alcool dans le larynx supérieur pour soulager la dysphagie. Le malade reçut deux injections dans un intervalle de vingt jours et éprouva un notable soulagement, surtout après la seconde injection. Malheureusement l'affection se propagea au côté gauche, de sorte que le soulagement n'a été que partiel.

3° Deux cas de *leptoméningite aiguë consécutive à une suppuration*

chronique de l'oreille moyenne et suivie de guérison. Le premier cas avait trait à un jeune homme de 16 ans atteint depuis nombre d'années d'une otite suppurée chronique gauche. Huit jours avant l'admission à l'hôpital, le malade fut pris de symptômes aigus : vomissements, céphalées, vertiges et hyperthermie. La ponction lombaire donna issue sous pression à un liquide légèrement trouble contenant de l'albumine en excès. Cure radicale mastoïdienne. Pas de signe de lésions de l'oreille interne. Deux jours après, rigidité de la nuque. Kernig double, violentes céphalées avec température très élevée; pas de névrite optique. Seconde ponction lombaire; le liquide retiré contenait des streptocoques pyogènes et le *bacillus proteus*; les mêmes organismes ont été trouvés dans le pus de la mastoïde. Deux injections de sérum antistreptococcique dans le canal rachidien dans l'intervalle de quelques jours, cinq injections sous-cutanées et des ponctions lombaires répétées. Au bout de vingt jours, tous les symptômes disparurent.

Le second cas concernait un homme âgé de 20 ans. Le cas était analogue au premier, sauf que dans l'oreille malade, la gauche, il y avait des signes de lésions vestibulaires, la réaction calorique étant négative, et il y avait aussi du nystagmus spontané vers le côté sain. Le nerf cochléaire avait conservé son action. Des symptômes de méningite se déclarèrent; mais il n'y avait pas de névrite optique, ponction lombaire; liquide trouble sortant sous pression, contenant des lymphocytes et des cellules épithéliales dégénérées. Cure radicale. Ablation d'un cholestéatome. On découvre une fistule dans le canal semi-circulaire externe et un orifice dans la fenêtre ovale laissant écouler un liquide d'aspect sale. Drainage. Seconde ponction lombaire; liquide contenant des bacilles et des cocci. Dans les sécrétions de la mastoïde et de l'oreille interne, on a trouvé des streptocoques pyogènes et un bacille diphtéroïde. Dans la suite, on pratiqua plusieurs ponctions lombaires et des injections intrarachidiennes et sous-cutanées de sérum antistreptococcique. Amélioration graduelle suivie de guérison ultérieure complète.

ANALYSES

I. — OREILLES.

Le diagnostic clinique de l'otosclérose, par KALENDA (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LX, nos 3-4).

Que ceux qui ont de la difficulté à se reconnaître dans l'otosclérose ne croient pas que Kalenda leur facilitera la tâche. Bien au contraire, il enlève encore la dernière barrière qui garantissait l'otosclérose comme entité morbide. Voyons d'abord l'observation qui lui sert de point de départ.

Une femme de 61 ans est devenue dure d'oreilles à l'âge de 23 ans, comme elle dit, à la suite d'une gifle reçue. Bientôt paraissent des bourdonnements dans les deux oreilles. La dureté d'oreille augmente progressivement et, à l'âge de 50 ans, cette femme était complètement sourde des deux oreilles. Les deux tympans montrent la transparence connue de Schwartz ; autrement rien de pathologique. La surdité est complète, donc examen fonctionnel = 0. L'appareil vestibulaire est plutôt hyperexcitable. Cette femme a quatre enfants dont un seul offre des lésions auriculaires qui constituent la base des réflexions de Kalenda.

Ce jeune homme est âgé de 23 ans et, à part une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans, n'a jamais été malade, ni syphilis ni écoulement d'oreilles. En mai 1909, a commencé un fort bourdonnement dans l'oreille droite persistant jusqu'au moment de l'examen. L'oreille gauche est restée absolument libre. En même temps a commencé une surdité que le malade constate seulement du côté droit. A l'examen, les deux tympans présentent la transparence rouge. L'examen fonctionnel, que nous ne rapportons pas en détail, donne en résumé : pour l'oreille droite, un complexe symptomatique, comme nous le voyons dans les affections de l'appareil transmetteur (Rinne et Gellé négatifs, perte des sons graves) combinées aux signes d'une affection de l'appareil percepteur (Schwabach diminué, perception des sons aigus très diminuée). Il faut seulement noter que la limite supérieure n'a pas été exactement définie, probablement parce que Kalenda s'est servi du sifflet de Galton, auquel il ne se fiait pas apparemment. Ce complexe symptomatique, dit

Kalenda, permet le diagnostic d'otosclérose avec dégénérescence (secondaire?) de l'acoustique. Du côté gauche, le malade entend la voix chuchotée à 3 mètres et la voix haute à 9 mètres. Le Schwabach est diminué, le Rinne est + (examiné avec *do* et *sol*); Gellé est +, les sons graves et les sons aigus entendus, mais peut-être moins longtemps que par une oreille saine. Kalenda dit que, du côté gauche, on peut exclure toute participation de l'oreille moyenne et admettre seulement l'existence d'une affection de l'oreille interne.

De cette double affection auriculaire, Kalenda fait une otosclérose. Pour voir jusqu'à quel point Kalenda s'éloigne de ce que classiquement on appelle l'otosclérose, nous rappellerons que Bezold donne pour l'otosclérose la triade symptomatologique suivante : 1° perte de la perception aérienne pour une grande partie de la limite des sons graves ; 2° augmentation de la conduction osseuse au-dessus de la normale, et, 3° Rinne négatif. Mais déjà Politzer apporte un correctif à cette triade classique, en disant que la conduction osseuse est souvent diminuée. Néanmoins Kalenda est bien loin de ce qu'on a l'habitude de considérer comme otosclérose ou ankylose vestibulo-stapédienne.

En regardant de près, on trouve que la conception de Kalenda, loin d'apporter le trouble, simplifie la chose, par le fait qu'il ne considère plus l'ankylose stapédienne comme partie intégrante de l'otosclérose. Si la spongieuse de la capsule du labyrinthe occasionne une maladie de l'oreille, point n'est nécessaire que son début se fasse toujours sur la partie médiane de la caisse, ni surtout aux environs de la fenêtre ovale. En supposant un autre point de départ dans le limaçon ou même dans le labyrinthe, nous pourrions avoir des phénomènes de surdité nerveuse, longtemps avant que ne se manifestent les troubles de l'appareil transmetteur. En admettant ceci, on arrivera à ne plus distinguer entre elles les affections de l'oreille interne et, pendant un certain temps, les otologistes pourront qualifier de sclérose de l'oreille toute surdité qui n'est pas due à un bouchon de cérumen évident.

LAUTMANN.

Surdité progressive au cours d'une syphilis mortelle. Recherches anatomo-pathologiques sur le temporal, par GRÜNBERG (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LX, nos 3-4).

Grünberg s'étonne que les renseignements sur la syphilis de l'oreille moyenne soient si peu fréquents. Il y a une bonne raison à cela, c'est que la syphilis secondaire frappe rarement l'oreille

moyenne. Pourtant, en cherchant dans la littérature, on trouvera, à côté des auteurs cités par Grünberg, encore une monographie sur la syphilis de l'oreille, due à Gerber, où toute la bibliographie, — et réellement elle ne paraît pas pauvre, — est rapportée. Quant au cas étudié histologiquement par Grünberg, il est intéressant à remarquer que les lésions constatées par lui dans l'oreille moyenne n'ont rien de caractéristique pour la syphilis, et quant aux lésions de l'oreille interne, Grünberg lui-même ne les considère pas comme de nature spécifique. Néanmoins cette observation est très intéressante, ne serait-ce que comme observation d'otite moyenne et interne chez un syphilitique. Actuellement, grâce à la réaction de Wassermann, nous commençons à reconnaître la surdité nerveuse d'origine syphilitique. Bientôt des examens histologiques complètent cette étude. Dans le cas de Grünberg, rien n'est caractéristique pour la syphilis, ni dans l'oreille moyenne ni dans l'oreille interne. Le cas lui-même est intéressant par sa terminaison mortelle, deux ans après le début de la syphilis, malgré le traitement antisiphilitique suivi à la clinique du P. Wolters.

LAUTMANN.

Commotion acoustique et aliénation mentale, par SCHAEFER
(*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 40, 1910).

C'est un cas exceptionnel et unique, mais peu étudié au point de vue otologique. Il s'agit d'un sous-officier qui, au moment des manœuvres, a été victime de l'accident suivant. Se trouvant derrière un canon, le sous-officier avale sa salive juste au moment où le canon laisse inopinément partir un coup. Immédiatement le sous-officier recule et perd complètement l'audition. Au même moment s'installe un bourdonnement. La surdité disparaît bientôt. Pendant deux jours le malade se plaint encore de bourdonnements et de céphalée et le troisième jour il rentre dans ses foyers. Chez lui lentement se font sentir des troubles psychiques qui augmentent au bout d'un an, de telle façon que le malade doit être interné.

Telle qu'elle est, cette observation est naturellement incomplète au point de vue otologique, ce qui est peu surprenant, l'observation émanant d'un psychiatre. Une autre question est si réellement le bruit du coup de canon perçu inopinément, au moment où le sujet a avalé sa salive, a pu occasionner les graves troubles mentaux longuement énumérés dans l'article et que nous n'avons pas rapportés. Les raisons pour lesquelles on devient fou sont multiples et siègent profondément dans la nature de chaque individu. Comme cause provocatrice, un trouble acoustique tel que celui dont il était question

dans ce cas peut parfaitement être accepté. Mais alors comment expliquer le long intervalle entre le traumatisme psycho-acoustique et l'éclosion de la vésanie ?

LAUTMANN.

Organe acoustique et sclérose en plaques, par BECK (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 40, 1940).

Le cervelet est une partie du cerveau dont l'étude et le traitement semblent davantage appartenir à l'otologiste qu'au neuro-pathologiste. Une réaction du cervelet : le nystagmus est inutilisable pour le neuro-pathologiste sans le secours de l'otologiste, qui, seul, pourra reconnaître si le nystagmus appartient réellement au cervelet ou s'il est d'origine vestibulaire. L'étude des deux cas de sclérose en plaques avec localisation très probable d'une plaque dans le cervelet a donné occasion à un otologiste de faire une étude neurologique si approfondie qu'on se demande comment les otologistes pourront faire à l'avenir pour se tenir constamment à la hauteur des spécialités sur lesquelles l'otologie empiète.

Avant de donner un résumé de cette étude neurologique, il faut rapidement résumer les deux observations qui lui ont donné naissance. Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 31 ans qui, depuis trois mois, se plaint d'accès de vertige. Son oreille droite serait devenue sourde à peu près à la même époque. Rien de particulier à l'examen somatique. Il existe un nystagmus spontané des deux côtés, mais plus prononcé à gauche. Au regard direct, pas de nystagmus, mais un peu de strabisme. L'oreille droite paraît entièrement normale. A gauche, on constate au premier examen une surdité totale et une inexcitabilité absolue du labyrinthe. Si on lave l'oreille droite avec de l'eau froide, le malade tombe à gauche, et cette direction de chute ne change pas si le malade change la position de la tête pendant l'irrigation. Le Romberg est constamment positif avec tendance à tomber à gauche. L'épreuve de toucher le nez avec l'index réussit mal. Trois jours après, le malade est de nouveau examiné. On constate alors que l'oreille gauche, totalement sourde il y a trois jours, entend la voix haute à un demi-mètre. De même la réaction calorique est devenue normale : seulement la tendance à la chute reste invariable vers la gauche. L'examen otologique a été répété dans l'espace de sept semaines dix fois, et six fois le labyrinthe, dans sa partie cochléaire et dans sa partie vestibulaire, s'est montré inexcitable ; quatre fois les deux appareils du labyrinthe ont réagi normalement.

La deuxième observation est presque analogue à la première. Il s'agit ici d'un malade qui se plaint également d'accès de vertige, de bourdonnements et de surdité. L'examen somatique montre un peu de tremblement des mains et des pieds, un début de parésie des deux abducteurs, un violent nystagmus spontané seulement plus marqué du côté droit. L'oreille droite est complètement sourde; l'appareil vestibulaire du côté gauche réagit tantôt normalement, tantôt il est complètement inexcitable. Ce malade, comme le premier, a également tendance à tomber du côté malade, sans que cette direction de chute puisse être influencée par la position de la tête.

Quel diagnostic faut-il poser? On peut exclure immédiatement l'hystérie. Il n'est pas probable non plus qu'il s'agisse d'une tumeur cérébrale. L'exclusion temporaire des deux appareils du labyrinthe supposerait une tumeur changeant de volume et comprimant l'acoustique; en ce cas, nous aurions d'autres symptômes du changement de la tension endocranienne. Il n'existe qu'une seule maladie nerveuse caractérisée par l'alternance de la fonction et de la parésie des différents nerfs et des segments entiers: c'est la sclérose en plaques. Ainsi, dans ces deux cas, un diagnostic aussi délicat a pu être fait uniquement sur la base d'un examen otologique. Reste à localiser maintenant ce début de sclérose en plaque, et à cet effet serviront les deux symptômes: la tendance atypique à la chute et le nystagmus.

Nous savons depuis Barany que les troubles de l'équilibre d'origine vestibulaire se distinguent de ceux d'origine cérébelleuse par le fait que la direction de la chute est indépendante de la position de la tête, quand il s'agit d'un trouble cérébelleux. Aucun des deux malades ci-dessus mentionnés ne présentait une direction de chute dépendant de la position de la tête. Ceci plaide bien pour un trouble cérébelleux.

Quant au nystagmus, les deux malades présentaient un nystagmus spontané, qui pourtant était plus prononcé du côté malade. En faisant chez les deux malades l'irrigation bilatérale simultanée d'après Rutlin, qui chez un sujet sain ne provoque aucun nystagmus quand l'irrigation de chaque oreille séparément donne un nystagmus caractéristique, on pourrait facilement se convaincre que le nystagmus spontané était dirigé du côté malade. Nous connaissons ce nystagmus spontané dirigé du côté malade. Neumann et Barany l'ont souvent constaté dans les abcès du cervelet.

En serrant ainsi de plus près le diagnostic, Beck arrive à diagnostiquer chez ces malades au moins deux plaques, l'une sur le

trajet de l'acoustique, l'autre dans le cervelet. Il est incontestable que ce diagnostic contient beaucoup d'hypothèses. Il se peut bien que les deux malades considérés par Beck comme atteints de sclérose en plaques ne le soient nullement. Mais on avouera que l'étude si approfondie d'un symptôme presque constamment négligé par les ophtalmologistes, le nystagmus, a gagné énormément d'intérêt en ouvrant simplement la pathologie du cervelet. LAUTMANN.

Contribution à l'étude des altérations cadavériques de l'oreille interne, par NAGER et YOSHII (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, t. LX, n° 1-2).

On ne pourra jamais assez se méfier, en histo-pathologie, des erreurs dues soit à la préparation soit aux altérations *post mortem*. Nous devons à Nager déjà des renseignements à ce sujet concernant les altérations du nerf acoustique. Dans le nouveau travail, fait en collaboration avec Yoshii, nos deux auteurs s'occupent des altérations de l'oreille interne qu'on peut constater dans les premières vingt-quatre heures après la mort, et qu'on aurait tort de prendre pour des lésions pathologiques.

Ceux qui s'occupent de l'histologie de l'oreille interne liront avec intérêt la description de l'état de l'os temporal, quand il a été mis dans le liquide de fixation une heure, douze heures, vingt-quatre et trente-six heures après la mort. LAUTMANN.

Quelques détails dans l'expertise des accidents chez les employés de chemin de fer, par HAMMERSCHLAG (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, n° 8, 1910).

Les troubles acoustiques chez les employés de chemin de fer sont plus importants que dans toutes les autres catégories d'employés. En conséquence, une surdité unilatérale, si elle est tant soit peu prononcée, influe déjà beaucoup sur la capacité de travail. Dans l'expertise on se heurte souvent à la difficulté due à l'absence de tout examen otologique compétent. Comme il est exceptionnel que cela soit juste un otologiste, rompu aux difficultés de l'examen, qui soit appelé à voir le blessé après l'accident, il est aussi exceptionnel d'avoir des renseignements sur l'état de l'oreille au moment de l'accident. Il est au contraire de règle que le rapport soit muet sur l'état de l'oreille. On devrait répéter aux praticiens que, après chaque accident arrivé à un cheminot de nature à occasionner une commotion de la tête, l'examen de l'oreille fait par un spécialiste s'impose. Dans les cas difficiles, ils devraient envoyer l'accidenté dans un service hospitalier spécial d'otologie.

LAUTMANN.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

FICHERA : *Tumori, archive bimestrielle*, fondée par Fichera. 1^{re} année, fascicule I. Juillet-Août 1911.

A. BARNAUD : *Les oreilles de nos enfants*; résultats de l'examen otorhino-laryngologique des écoles primaires de Lausanne, 1 vol. Payot, Lausanne, 1911.

NOUVELLES

NOMINATION.

Le Dr Leopold de Ponthière (de Charleroi) vient d'être nommé Chevalier de l'Ordre de la Couronne.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÊMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

